

**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA “DR. SALVADOR ALLENDE G.”
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE**



TÍTULO DEL PROYECTO

Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental, en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Pablo Munizaga Cerda

**APE PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

PROFESOR GUÍA: Joan Calventus Salvador

PROFESOR CO-PATROCINANTE: Sebastián Medina Gay

Santiago, diciembre 2023

A LA MEMORIA DE MI MADRE

NURIS CERDA TRUJILLO

QEPD 15 de Mayo 2023

DEDICADO AL PUEBLO MAPUCHE

Y EN ESPECIAL AL PUEBLO DIAGUITA

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. y profesor Joan Calventus Salvador, por su dedicación, acompañamiento, aportes y sobre todo su excelente calidad humana en todo el proceso.

Al Dr. y profesor Sebastián Medina Gay, por su experiencia y colaboración en materias de salud colectiva y comunidad, y por facilitar mi aprendizaje.

Al Dr. James Trostle, por su calidad humana y orientaciones en los inicios de la investigación.

A los profesores del programa de salud mental y psiquiatra comunitaria de la Universidad de Chile, por incentivar éste trabajo de investigación.

A las profesoras Verónica Aliaga y Gabriela Huepe de la Universidad de Chile, por su gran apoyo y orientaciones metodológicas.

A todas las personas Mapuche que participaron del estudio, gracias por confiar y colaborar con la propuesta.

Al peñi Daniel Maribur Cheuquelao, por sus orientaciones sobre la hermosa cultura Mapuche, el camino a la interculturalidad, su amistad y ser parte de mi familia.

Al peñi Manuel Maribur Cheuquelao, por ser parte de mi familia, su hermandad y enseñarme el valor de la tierra.

A la Lamngen Verónica Huenuan, por sus orientaciones y colaboración.

A la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), en especial a los funcionarios de oficina de la comuna de Cañete, por su tremenda colaboración.

Al Hospital Kallvu Llanka, en especial a los funcionarios del programa de salud mental y los profesionales del sector Azul.

A Oscar Allaire, Gabriela Aravena y Connie Olivares en su calidad de asesores de salud mental del SSA, por confiar y generar las condiciones para el desarrollo de la presente investigación.

Al Servicio de Salud Arauco, por generar las condiciones necesarias para la presente investigación.

A mis hijos Antonia y Martín por apoyarme en tan hermosa iniciativa, los amo.

A Patricia, por su apoyo incondicional e incentivar me a tomar este camino, te amo.

RESUMEN.

El tratamiento de la salud mental para pueblos originarios ha sido abordado en Chile con el Modelo Integral de Salud, desde una perspectiva intercultural y principalmente desde la política pública. Considera la cosmovisión, saberes y prácticas del pueblo Mapuche, sin embargo existe poca claridad de su implementación.

La presente Actividad Formativa Equivalente a Tesis (AFE) planteó como objetivo conocer las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche respecto a los tratamientos del programa de atención en salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete, con énfasis en los tratamientos que han contribuido en su recuperación, para el diseño de orientaciones y recomendaciones que permitan fortalecer y mejorar este programa de atención, desde una perspectiva intercultural.

La metodología que se utilizó fue cualitativa, utilizando técnicas del método etnográfico y la realización de grupos de discusión como prácticas representativas en la búsqueda de opiniones, percepciones y consensos.

Los principales resultados observados, dicen relación a la existencia de tres grupos de experiencias. En primer lugar, la presencia de distintas modalidades de atención en el territorio, las experiencias propias del proceso de tratamiento y finalmente, conceptos abstractos referidos sólo por profesionales del hospital.

Se concluye que las experiencias asociadas a las distintas modalidades de atención proviene de la biomedicina, de adecuaciones con pertinencia cultural articulado con sanadores tradicionales y finalmente, a atenciones realizadas por sanadores tradicionales en una práctica ancestral Mapuche que en el territorio de Arauco aún funciona de forma autónoma al modelo médico hegemónico.

Las experiencias propias del proceso de tratamiento que han contribuido en la recuperación, están basadas en el reconocimiento de la cultura, la lengua nativa y la cosmovisión Mapuche. Además, presentan adecuaciones técnicas y negociación en el trabajo terapéutico que se desarrolla en un contexto de subordinación. Destaca la complementariedad de saberes y convivencia entre medicinas, sin embargo existe una experiencia que transversalmente no

contribuye a la salud mental; me refiero a la discriminación y el estigma social que experimenta el pueblo Mapuche en el territorio.

Se plantean recomendaciones que orientan a la protección del legado histórico de la medicina Mapuche, procurando la autonomía plena respecto de la medicina Chilena; fortalecer el trabajo comunitario con las comunidades Mapuche Lafkenche; la articulación del hospital con la atención municipalizada y el intersector incentivando la implementación de políticas interculturales; relevar el rol de los facilitadores interculturales siendo parte de la estrategia comunitaria de atención en salud mental; incentivar la participación de autoridades ancestrales, líderes y comunidades Mapuche, en el diseño y la implementación de políticas interculturales en salud mental; finalmente, reformar las políticas públicas en materias de salud mental y pueblos originarios.

Palabras Claves: Interculturalidad, tratamiento en salud mental, pueblo originario Mapuche Lafkenche, modelo médico hegemónico, medicina Mapuche.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.1	Formulación del Problema	2
2.	MARCO TEÓRICO	4
2.1	Interculturalidad: algunos elementos conceptuales	4
2.2	Multiculturalidad, pluralismo cultural e interculturalidad: algunas distinciones	6
2.3	La Interculturalidad en el Tratamiento de la Salud Mental ...	9
2.4	El Tratamiento de la Salud Mental desde una perspectiva intercultural con pueblos originarios en Chile	12
2.5	Experiencias Nacionales e Internacionales en el Tratamiento de la Salud Mental con Pueblos Originarios desde una Perspectiva de Salud Intercultural	16
3.	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo General del Estudio	25
3.2	Objetivos Específicos del Estudio	25
4.	METODOLOGÍA	26
4.1	Tipo de Estudio	26
4.2	Contexto en que se desarrolló la Investigación	26
4.3	Técnicas de Muestreo	27
4.4	Técnicas de Producción de Datos	29
4.5	Estrategia de Análisis de los Datos	33
4.6	Criterios de Calidad del Proyecto	35
4.6.1	Triangulación de los datos	35
4.6.2	Diseño adecuado de la muestra	36
4.6.3	Credibilidad	36
4.6.4	Relevancia	36
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
6.	RESULTADOS	39
6.1	Distintas modalidades de atención que han contribuido en el bienestar de la salud mental de personas Mapuche consultantes.	39
6.2	Experiencias significativas propias del proceso de tratamiento en salud mental de personas Mapuche consultantes.	69

6.3	Conceptos abstractos propios del quehacer profesional y técnico	87
7.	DISCUSIÓN	97
7.1	Recomendaciones Orientadas al Equipo de Atención Primaria para la Atención en Salud Mental de Personas Mapuche Lafkenche.	117
7.1.1	Recomendaciones para el hospital Kallvu Llanka	118
7.1.2	Recomendaciones para el equipo de salud mental	121
7.1.3	Recomendaciones para las políticas de salud intercultural en materias de salud mental.....	122
8.	CONCLUSIONES	124
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
10.	ANEXOS	138
	Anexo N° 1a – Consentimiento Informado entrevista en profundidad.	138
	Anexo N° 1b – Consentimiento Informado grupo de discusión	140
	Anexo N° 2 – Observación Etnográfica Distintos Contextos.	142
	Anexo N° 3 - Guía de Entrevista en Profundidad.....	268
	Anexo N° 4 - Guía de Entrevista Grupo de Discusión.	269
	Anexo N° 5 – Láminas Grupo de Discusión.....	270
	Anexo N° 6 – Entrevistas en profundidad.....	272
	Anexo N° 7 – Entrevista Grupo de Discusión.....	346
	Anexo N° 8 – Libro de códigos Descripción de categorías.....	357
	Anexo N° 9 – Procedimiento y carta de aprobación comité de ética provincial Servicio de Salud Arauco.	360

1. INTRODUCCIÓN: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El tratamiento de la salud mental en población Mapuche ha sido abordado en Chile con el Modelo Integral de Salud desde una perspectiva intercultural, lo que significa que considera la cosmovisión, creencias y prácticas culturales de su pueblo. Sin embargo, la forma de concebir dicho concepto en los programas de salud mental ha sido poco clara y de insuficiente precisión.

En la cultura Mapuche, la salud mental está estrechamente relacionada con el concepto de “buen vivir” o “Küme mongen”, que se refiere a la armonía y equilibrio entre el ser humano y su entorno natural, social y espiritual. Por lo anterior, el tratamiento de la salud mental debe considerar dichas concepciones culturales e integrarlas en las prácticas terapéuticas, promoviendo la participación de las comunidades y respetando sus prácticas y tradiciones.

Como elemento angular, el desconocimiento que se tiene respecto de las experiencias y opiniones de las personas Mapuche, después de su recuperación en el proceso de tratamiento en salud mental con enfoque intercultural, dificulta la posibilidad de identificar aquellas prácticas que han contribuido positivamente en su bienestar, impidiendo el fortalecimiento de los programa a partir del punto de vista del usuario.

La presente Actividad Formativa Equivalente a Tesis (AFE) pretende responder a la pregunta: ¿Cuáles son las experiencias y significados que han contribuido en la recuperación de personas Mapuche Lafkenche, en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete?.

La metodología que se utilizó es de carácter cualitativa y considera la utilización de técnicas del método etnográfico, orientadas a conocer cómo experiencian y significan su tratamiento las personas Mapuche Lafkenche, y la realización de grupos de discusión como prácticas representativas en la búsqueda de opiniones, percepciones y consensos. El propósito fue examinar dichas experiencias y significados e identificar las prácticas que contribuyeron en su

recuperación, y a partir de su análisis, se proponen orientaciones y recomendaciones para el mejoramiento y fortalecimiento de los servicios de salud mental desde una perspectiva intercultural. Conocer las experiencias de su paso por la oferta de tratamiento permite, desde una perspectiva ética y de respeto de la diversidad cultural de los pueblos, generar espacios de colaboración y aprendizaje mutuos, transitando a una atención de calidad desde una perspectiva intercultural en salud, promoviendo la complementariedad de saberes, el repensar de la salud mental y el respeto por los pueblos preexistentes en una relación simétrica, equitativa entre saberes, centrada en el diálogo y el entendimiento.

1.1 Formulación del Problema

El enfoque intercultural en el tratamiento de la salud mental implica reconocer la diversidad cultural y el efecto que la cultura, las creencias y las prácticas culturales tienen en la salud mental de las personas. En especial en la población Mapuche, es necesario considerar su cosmovisión, su relación con la naturaleza y la importancia de la comunidad en su bienestar. Los servicios de salud mental en Chile suelen estar diseñados y orientados según el modelo de atención occidental dominante, lo que puede resultar en una falta de comprensión hacia la cultura y sus creencias, una tendencia al universalismo, estandarización de los procesos de atención y gestión y la asimilación en sus prácticas, truncando finalmente el modelo de atención en salud para pueblos originarios.

Lamentablemente, poco se conoce respecto de las experiencias que viven y qué significados atribuyen las personas Mapuche a su tratamiento en salud mental¹ con enfoque intercultural, y específicamente las experiencias que han favorecido en su recuperación, en el programa de atención de salud mental del Hospital Kallvu Llanka de Cañete. Como consecuencia de lo anterior, podrían ser por ejemplo, la falta de adaptabilidad en la implementación del modelo asociado a

¹ El término tratamiento en Medicina se refiere al conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente. Los tratamientos pueden abarcar un amplio espectro de intervenciones, desde cambios en el estilo de vida y terapias farmacológicas(1). En salud mental el proceso de tratamiento da cuenta de la ejecución de las actividades indicadas en el Plan de Cuidado Individual (PCI) y acordados entre la persona, su familia y el equipo, en base a la cartera de prestaciones del Centro de Salud Mental Comunitaria(2).

la hegemonía del modelo médico; la dificultad en la creación de espacios dialógicos interculturales; la falta de reconocimiento de la cultura del otro como parte de la dinámica de intercambio mutuo, intrínseco en la noción de interculturalidad; el énfasis en el mejoramiento de las competencias y habilidades profesionales individuales, por sobre los intercambios personales, grupales o institucionales compartidos, basados en fuerzas sociales colectivas que son parte de los servicios ofrecidos a la población Mapuche.

Es importante destacar que la población Mapuche es el pueblo originario más numeroso en Chile y ha experimentado históricamente discriminación y marginación en diversos ámbitos, incluyendo el de la salud mental.

El problema se amplifica por falta de profesionales de salud mental que hablen la lengua Mapuche y la escasez de recursos destinados a la atención para problemas de salud mental debido a la falta de accesibilidad y confianza en los servicios de salud mental ofrecidos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Interculturalidad: algunos elementos conceptuales

La interculturalidad como un nuevo campo de exploración y reflexión se encuentra relacionada con poblaciones diversas, pueblos originarios y poblaciones migrantes(3).

Desde los años 90, existe en América Latina una nueva atención a la diversidad étnico-cultural que parte de reconocimientos jurídicos y una necesidad cada vez mayor de promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales, de confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión, de formar ciudadanos conscientes de las diferencias, capaces de trabajar conjuntamente en el desarrollo del país y en la construcción de una sociedad justa, equitativa, igualitaria y plural(4).

Para Cabieses et al(3), esta diversidad étnico-cultural es entendida como aquello – material o inmaterial – que habita entre dos o más personas, en cuanto a conjuntos de modos de vida que estas mismas personas definen, comprenden y practican, y que en algún punto se encuentran y transforman en una espiral de construcción permanente de la realidad.

Según James Trostle en Cabieses et al(3), las relaciones interculturales no se reducen exclusivamente al vínculo entre pueblos originarios y colonos, sino entre ciudadanos chilenos y nuevos ciudadanos que residen en Chile, quienes han viajado desde países como Bolivia, Haití o Cuba. Señala que en la actualidad tiene facetas no solamente culturales, sino también de clases, origen urbano-rural, nacionalidad, y formas de desplazamiento entre otras.

Salaverry señala que no existe una definición consensuada sobre el concepto de interculturalidad, sobre todo si tomamos en cuenta elementos como el mutuo aprendizaje, el intercambio y la adaptación de un ámbito que se rige por la ciencia y se considera “una verdad única e inalterable”(5). Es así como Carla Urrutia en Cabieses et al (3), señala que es un concepto polisémico que ha germinado con mayor fuerza en los desafíos que propone la educación y la salud en el continente latinoamericano.

Para Mignone et al, el encuentro entre culturas debe estar basado en el respeto mutuo, el igual reconocimiento del saber, la disposición hacia el intercambio y la flexibilidad (6).

Finalmente, para Walsh el concepto se debe presentar como un proyecto epistémico-político, superior a la visión de multiculturalidad y pluriculturalidad, debido a que supone la creación de múltiples relaciones y la construcción de diálogos simétricos; una interrelación equitativa entre pueblo, personas, conocimientos y prácticas culturales distintas. No se trata de reconocer, descubrir o tolerar al otro o sus diferencias en forma simple, sino que trata de impulsar activamente un proceso de cambio que permita construir espacios de encuentro(7).

El concepto de interculturalidad resulta ser un término de moda usado en variados contextos e intereses sociopolíticos opuestos, por eso su comprensión es amplia y difusa. Su uso y sentido da forma a tres perspectivas distintas: la relacional, la funcional y la crítica(4).

En primer lugar, la relacional hace referencia al contacto e intercambio entre culturas; es decir entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas, lo que puede darse en condiciones de igualdad o desigualdad, algo que siempre ha existido en América Latina. Su dificultad es que oculta o minimiza la conflictividad y los contextos de poder, dominación y colonialidad² continua en que se lleva a cabo la relación. Deja de lado las estructuras sociales, políticas, económicas y también epistémicas que posicionan la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad (4).

La segunda es la funcional, dicha perspectiva se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencia cultural con metas a la inclusión en la estructura social establecida, busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia; de esta manera es funcional al sistema existente, no toca las causas de

²Como refiere Idón Chivi Vargas(8), representante presidencial para la Asamblea Constituyente boliviana: La colonialidad es la forma en que unos se miran superiores sobre otros y eso genera múltiples aristas de discriminación racial, y que en Bolivia se muestra como la superioridad de lo blanqueado frente a lo indio, campesino o indígena, unos son llamados a manejar el poder y otros a ser destinatarios de tal manejo, unos destinados a conocer y otros a ser destinatarios de ese conocimiento, unos son la rémora al progreso y los otros el desarrollo. Walsh refiere que la colonialidad presenta 4 ejes: el poder, el saber, el ser y lo epistémico.

la asimetría, desigualdad social y cultural, tampoco cuestiona las reglas del juego, siendo perfectamente compatible con la lógica del modelo neoliberal existente.

Como plantea el filósofo peruano Fidel Tubino, la perspectiva intercultural que es funcional al sistema dominante se convierte en una nueva estrategia de dominación que no pretende la creación de sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control de conflictos étnicos y la conservación de la estabilidad social (4). El discurso sirve para invisibilizar las crecientes asimetrías sociales, los grandes desniveles culturales internos y todos los niveles de las estructuras económicas y sociales que excluyen a sectores subalternos de nuestra sociedad, no cuestiona el sistema post-colonial vigente y facilita su reproducción(9).

La interculturalidad crítica en cambio, es algo por construir y se entiende como una propuesta de sociedad y un proyecto político que se construye desde la gente, lo social y lo ético; está dirigida a la transformación y en contra de la subalternidad(7).

Es habitual que los conceptos de sociedad y cultura suelen erráticamente asumir que a una sociedad le corresponde una cultura, situándonos en una mirada mono culturalista, sin embargo lo que observamos en un territorio, o estado nación son múltiples culturas(3). Por lo anterior, se hace necesario incluir un apartado que permita distinguir cómo el enfoque de la multiculturalidad ha sido usado indistintamente con el de interculturalidad, así como también el de pluralismo cultural.

2.2 Multiculturalidad, pluralismo cultural e interculturalidad: algunas distinciones

El enfoque de multiculturalidad ha sido utilizado indistintamente con el de interculturalidad, sin embargo ambos presentan diferencias importantes (10). Cabieses et al. definen multiculturalidad como la existencia de distintas culturas que habitan en el mismo territorio, difiriendo del concepto de interculturalidad en tanto, en este caso, se refiere a la relación entre los diversos grupos, más que a la mera cohabitación entre ellos (3,5).

Las visiones estáticas de las culturas y grupos no ayudan a comprender las interacciones complejas, sobre todo si consideramos que los grupos distintos no son un todo homogéneo y coherente. Se destaca lo anterior, porque muchas veces el concepto de multiculturalidad adscribe a un principio unificador que permite la no desintegración social, incentivando la universalidad como método de integración de los grupos socioculturales(3).

Como menciona Becerra(11), en el escenario de la multiculturalidad se han promovido valores y derechos republicanos y laicos, como esenciales para ser compartidos por todos los miembros de la sociedad. Son el eje cardinal de la transmisión del ideal universalista, y el origen del ideal de la asimilación como mecanismo de expansión de naciones colonizadoras. A pesar de lo anterior, muchos de los pueblos colonizados no se comportarán de manera dócil y continuarán con sus prácticas en salud (sanadores tradicionales), sin adherir a las prácticas impuestas por los colonizadores. Dicho escenario servirá para explicar el fracaso en la práctica clínica en salud en contextos de atención culturalmente diversos, con el nombre de barreras culturales.

Reforzando la idea anterior, Torres (12) define el asimilacionismo como el paradigma de gestión de la diversidad, asumiendo que el otro cultural tiene que adaptarse al estereotipo mayoritario, prescindiendo de su marco cultural vital de referencia. Dicha adaptación se produce de manera unilateral. Por tanto, comprende al otro como aquél que debe transitar a través de un proceso en el que adopta, como propia, la cultura dominante en la sociedad, se reniega de su propia historia.

Según Walsh(13) el multiculturalismo se caracteriza por tener un origen conceptual en los países occidentales, adscribir un carácter descriptivo que destaca la presencia de diferentes culturas y evitar las relaciones entre las múltiples culturas presentes en el territorio.

Además, el multiculturalismo suele fundamentarse en estructuras y principios del Estado liberal y centrarse en la tolerancia del otro, pero como una forma de evitar los conflictos, ocultar las desigualdades sociales y mantener intactas las estructuras e instituciones en la sociedad actual(13).

Para Barabas(10) los pueblos originarios fundan el derecho en su ascendencia histórica con respecto al territorio, en cambio los migrantes no tienen dicha historicidad ni ascendencia sobre el territorio. En este sentido, si bien los migrantes y los pueblos originarios son categorizados como minorías étnicas, no pueden ser englobados bajo un mismo paraguas conceptual, existiendo entre ellos una sutil distinción no menor. De ahí la importancia de distinguir entre pluralismo cultural y multiculturalidad.

A diferencia del multiculturalismo, el pluralismo cultural valora y respeta la diversidad cultural, reconoce que cada cultura tiene su propia historia, tradiciones, creencias y valores. Defiende la igualdad, promueve la convivencia pacífica y el diálogo intercultural. Es especialmente relevante en sociedades cada vez más diversas y globalizadas, donde las culturas se mezclan y entrelazan de manera compleja, siendo una herramienta para fomentar la inclusión social y la cohesión, promoviendo el enriquecimiento cultural(10).

Mateo (14) señala que la interculturalidad impulsada en América Latina es sobre todo estatal y está fuertemente conectada al proyecto desarrollista que impulsa la modernidad de los estados republicanos del continente, muchas veces cayendo en una visión folclorizada de los grupos diversos. Quijano (15) explica que, si bien la colonización terminó con la constitución de los nuevos países en Latinoamérica, los procesos estructurales de subordinación entre grupos humanos establecidos con la colonización se mantienen hasta nuestros días. Esta aproximación crítica se encuentra sustentada por la idea de las epistemologías del sur y la colonialidad.

Santos (16) responde críticamente con su propuesta de unas epistemologías del sur, que permitirían ampliar la comprensión del mundo, más allá del sesgo occidental, y evidenciarían que la gran diversidad de formas de conocer no puede ser monopolizada por una teoría general como aspiraba el ideal iluminista. Ante esto, se desprende la idea de una ecología de los saberes donde las epistemologías no científicas tengan su espacio y reconocimiento. Añade que las cosmovisiones de los pueblos indígenas, sus conocimientos y saberes puedan dialogar con conocimientos y epistemologías de la ciencia y con otras

epistemologías diferentes. Una visión positivista, científica y androcéntrica del mundo debe abrir paso hacia un panorama ecológico amplio de los diversos saberes y conocimientos del mundo; sin absorber o desplazar al otro(17).

2.3 La Interculturalidad en el Tratamiento de la Salud Mental

El concepto de interculturalidad en salud surge a nivel mundial como enfoque pragmático y ha contribuido a abordar problemas de salud en los países de Latinoamérica y África. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud señalan que no solo aspectos económicos han impedido mejorar la calidad de la salud de las poblaciones, sino también temas culturales asociados a creencias, educación y valores, los que afectan en el acceso a los servicios y ejecución de conductas saludables, en un paradigma capitalista y monocultural. Afortunadamente, esa visión desarrollista y etnocéntrica de la salud y el poder de la biomedicina se ha ido modificando con los años y se ha ido comprendiendo que las prácticas de salud de los pueblos obedecen a complejos sistemas culturales(18).

Por el contrario, el tratamiento de la salud mental implica reconocer la diversidad cultural y el efecto que este tiene en el bienestar de las personas, así como las creencias y tradiciones, resultando dicho conocimiento un aliado en la construcción y negociación de una relación terapéutica de sanación. Lo importante de comprender la cosmovisión Mapuche, su relación con la naturaleza y la importancia de la comunidad en el bienestar emocional de su gente, nos entrega un potencial infinito que solo algunos logran apreciar.

Para Menéndez(19) el concepto ha sido utilizado desde los años 90' en salud y si bien denota simplicidad, es bastante complejo. El autor, propone dos grandes líneas de desarrollo en Latinoamérica:

La primera sugiere que, en el encuentro intercultural en salud, aquellos que se encuentran vienen de mundos culturales y simbólicos diferentes. Estas diferencias pueden llegar al punto de no tender puentes de comunicación y entendimiento mutuo, en aspectos generales y específicos como lo es la salud.

Esta línea subraya la necesidad de educar a las partes para que se puedan entender y acercar.

La segunda línea toma los aspectos anteriormente mencionados, pero añade las dimensiones políticas, económicas y materiales de vida de los usuarios de los sistemas de salud. Propone que evidenciar a la biomedicina como sistema médico, que es también cultural, permite romper con el universalismo y neutralidad a lo que normalmente se asocia. Los efectos de hacer invisible el carácter cultural de la biomedicina, suelen ser el etnocentrismo y la hegemonía³(3).

Según Menéndez (20), al revisar distintas evaluaciones de programas, experiencias en salud y diagnósticos locales de la época, las acciones para articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional para establecer relaciones simétricas, reducir la exclusión, subordinación y hegemonía/subalternidad, se concluye que su impacto fue muy bajo.

Algunos de los motivos del bajo impacto de los programas y experiencias en salud, se deben a no considerar que existen elementos preexistentes a su instalación, y una dinámica de funcionamiento en la vida cotidiana de los territorios; un segundo punto fue considerar, erróneamente, que los grupos sociales étnicos son homogéneos cuando no lo son, ya que experimentan fuertes diferencias (es lo que se observa en el pueblo Mapuche); y como tercer elemento, el énfasis en la búsqueda de diferencias culturales por investigadores conduce a subrayar la idea de la incompatibilidad, lo que dificulta la construcción de una perspectiva intercultural, ignorando la existencia de similitudes a partir de lo que se pueda comenzar a repensar y construir puentes, en vías de un procesos de aproximación entre pueblos(20).

Como señala Ruiz-Llanos(21), la interculturalidad en salud permitiría actuar en función de la diversidad cultural, más que reconocer las diferencias, creando condiciones favorables para el ejercicio del derecho humano. Sugiere que se debe

³ Hegemonía en la perspectiva conceptual utilizada por el filósofo y sociólogo italiano Antonio Gramsci, quién basado en la teoría marxista de clases, afirma que la clase dominante tienen una forma específica de concebir el mundo tanto ideológica como cultural además de lo material. Es llamada Hegemónica ya que está en una posición de mayor poder e influencia que las formas culturales de las clases más bajas (6). El concepto puede ser aplicado al sistema biomédico ya que es el sistema que domina actualmente con respecto a otras formas de sanación y curación, de entender la enfermedad y su etiología o la salud en sus múltiples acepciones.

incorporar la diversidad cultural en la organización y la provisión de los servicios, mediante la complementariedad entre el sistema de salud tradicional y el biomédico. Como señala Carreño (22), adoptar un enfoque intercultural en salud significa desarrollar sistemas de salud adaptados y culturalmente competentes, con el conocimiento y reconocimiento de las diferencias y necesidades culturales únicas.

Lamentablemente, como menciona Boccara(23), este ideal de interculturalidad en salud se encuentra englobada dentro de un subcampo burocrático mayor, el de la salud pública, tanto desde el punto de vista institucional como administrativo y conceptual. Desde esta perspectiva, la salud intercultural representa una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un nuevo diagrama de saber/poder o un nuevo tipo de gobernabilidad que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización.

Desde una perspectiva crítica, Carla Urrutia en Cabieses et al. señalan que el contexto administrativo e institucional, donde se produce y reproduce la interculturalidad en la salud actual, provoca un impacto en las identidades de los grupos objetivo a los que se dirige y también en quienes dirigen las propuestas de salud intercultural, como consecuencia de dicho nuevo fenómeno(3).

Como solución Ruiz – Lurduy et al. (24) plantean que la salud pública no solo implica la gestión del sistema biomédico, sino que debe ampliarse e incluir y reconocer epistemologías y prácticas no biomédicas, propias del territorio sobre todo en Latinoamérica. Proponen sistemas híbridos que integren de manera activa las perspectivas locales en la construcción del conocimiento y de los servicios de salud. Los autores, en una reflexión crítica también refuerzan la idea que la interculturalidad pueda ir más allá del binomio modernidad versus tradición, occidente versus tradiciones étnicas, para realizar una verdadera integración que responda a las necesidades en salud en concordancia con lo multidimensional de los fenómenos en salud.

Los avances no obedecen solo a logros políticos de los estados o países a nivel internacional, sino en rigor, son reacciones institucionales frente a los

movimientos de reivindicación étnica (en los años setenta y ochenta), que luchaban por incorporar, y visibilizar el mundo indígena en el plano de la salud, educación, derecho por mencionar algunos, con el objetivo de generar sociedades democráticas y pluriculturales (25).

2.4 El Tratamiento de la Salud Mental desde una perspectiva intercultural con pueblos originarios en Chile

Con el retorno de la democracia a Chile, comienzan las primeras iniciativas que apuntaban a la generación de modelos de salud que permitieran articular la medicina de los pueblos originarios y la medicina alopática. Lo anterior, a partir de las demandas de los propios pueblos originarios en relación con la necesidad de preservación y valoración de la medicina indígena y el medio ambiente, la participación en las decisiones en la conformación de programas, y como respuesta a la subordinación de la población indígena en Chile(3). Para Maya y Sánchez(26) su emergencia fue en primera instancia propuesta por el médico Jaime Ibacache y su equipo de investigadores, trabajando con comunidades Mapuche de la Región de la Araucanía. Es notable que Chile, junto a México, sean los dos países que más han elaborado la temática, y luego varios países del continente han tomado sus experiencias como referentes para sus propios procesos de construcción de modelos interculturalidad en salud. La primera definición de interculturalidad en salud de Chile, contextualizada al pueblo Mapuche, se refiere a “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”(27).

Por otra parte, existe una corriente de análisis en el concepto de salud intercultural, liderada principalmente por intelectuales Mapuche, que lo refieren como un nuevo colonialismo del biopoder en salud para mantener quietas las demandas reales de los pueblos culturalmente oprimidos, en particular en materias de salud (28–30). Una segunda corriente plantea que se trataría de un proceso de interacción de múltiples prácticas y acciones culturales en salud, que

involucran la cultura del usuario – sin que ocurra un cambio epistémico en relación con el hegemónico, dominante de los modelos de salud(23).

La respuesta en el tratamiento de la salud mental para pueblos originarios en Chile ha sido principalmente estatal, y se encuentra fundamentada en estudios comparados que han puesto de manifiesto que los trastornos mentales que más afectan a la población indígena contemplan depresión, suicidio y alcoholismo por mencionar algunos, lo que se explicaría por su exposición a condicionantes sociales, políticas de Estado, militarización de los territorios y precarización económica, determinantes sociales distintas, a lo que se observa en la población general(31,32).

La implementación de políticas públicas orientadas a salud intercultural en nuestro país inicia en el año 1992 con la creación del programa de salud para Población Mapuche (Promap), luego en 1996 surge el PESPI o Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas(33). Junto con dichos programas surgen experiencias locales de asistencia médica intercultural, como el Hospital de Makewe y los centros interculturales Boroa Filulawen y Mapuche Ñi Lawentuwün, y finalmente a comienzos de la década del 2000 surge el Programa Orígenes que, en su componente de salud, apunta al desarrollo de modelos interculturales de atención, como lo es el tratamiento de la salud mental (6,28,34).

Según Ana María Alarcón(3), las Organizaciones No Gubernamentales fueron las pioneras en desarrollar acciones y programas con pueblos originarios, los que surgieron principalmente en la Región de la Araucanía, como ejemplo: el Programa Mapuche del Policlínico Metodista, el Comité de Solidaridad del Arzobispado de Temuco, la Cooperación Italiana en Temuco, CRESAM (tratamiento de la salud Mental), el Centro de Educación y Tecnología (CET) con su trabajo de recuperación de plantas medicinales y apoyo a las condiciones sanitarias de comunidades rurales y TRAFKIN, entre otros.

La misma autora señala que el desarrollo de la salud intercultural, en nuestro país, ha sido producto de un trabajo mancomunado con las organizaciones Mapuche. La cultura Mapuche, a través de sus líderes y agentes, “nos enseñó que las acciones debían ser reflexivas y participativas con el conjunto

de sus comunidades, que existe un protocolo cultural de relaciones interétnicas y por tanto hay formas y contenidos que respetar para poder construir un proyecto significativo de salud intercultural”⁴(3).

Distintos gobiernos, desde 1992, han impulsado iniciativas con el objetivo de disminuir la brecha de desigualdad en materia de salud indígena, no significando un mayor pluralismo ni una real consideración de las diferencias(35). En un contexto marcado por la inequidad y la discriminación hacia los pueblos indígenas, la complementariedad entre sistemas médicos no adquiere la fuerza suficiente o prioritaria en Chile (36). Los avances en la implementación de políticas pese a los logros y facilitadores identificados, está limitado por obstaculizadores difíciles de modificar tales como las formas de planificación habituales en el aparato estatal y la hegemonía del modelo biomédico(37).

En el ámbito del tratamiento de la salud mental en Chile, trabajar desde una perspectiva intercultural se ha definido como “un proceso dinámico, de permanente relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua; y además, un cambio de actitud y cambio cultural en el sistema de salud que permite abordar la salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo, para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural”(38).

Elementos como la cosmovisión Mapuche, el sistema de salud Mapuche, sus conceptos de salud y enfermedad, deben incorporarse de forma respetuosa en el diseño de políticas públicas. El programa de salud mental promueve que los equipos reconozcan y visibilicen en el modelo de atención los aportes de la cultura que coexiste en un territorio determinado(38).

La participación del área de salud mental, en materias de salud intercultural, se ha realizado a través de los programas de tratamiento para la atención de problemas de la salud mental y mediante la construcción de “Orientaciones técnicas para la atención de pueblos indígenas” y las “Recomendaciones para su implementación”, en el desafío de brindar una atención basada en un enfoque

⁴ Referencia de Ana María Alarcón en Cabieses et al.(3) Capítulo 9, pág. 246 - Aprendizaje de salud intercultural con pueblos originarios transferibles a poblaciones migrantes en Chile.

intercultural de calidad, intentando incorporar las particularidades de la cultura Mapuche a pesar del modelo de atención dominante(38,39).

Para Becerra(40), llama especialmente la atención la mención del enfoque intercultural en el Modelo de Atención Integral en Salud, el cual no logra ser explicado en el documento oficial. Su insuficiente precisión no considera las implicancias concretas que dicho enfoque tendría en la atención de las personas, las familias y la comunidad.

La autora señala que aun cuando el enfoque incitaría al respeto de la cosmovisión de los pueblos en el diseño e implementación de los planes en salud, se subentiende a la cultura como algo fijo, hermético, delimitado a ciertos pueblos, en específico a pueblos originarios asociados a territorios geográficamente determinados(40).

Becerra(40) destaca que el modelo subraya la relevancia al reconocimiento de la cultura del otro como un sujeto culturalmente distinto, sin embargo no hay reflexión de la propia cultura (la cultura biomédica e institucional⁵), como elemento importante en la creación de un espacio dialógico. Es así como la afirmación de la voluntad del modelo queda truncada sin reconocimiento mutuo, lo que resulta fundamental en la dinámica de intercambios culturales, intrínseca a la noción de interculturalidad(40).

Como señala Ana María Alarcón (3), abordar la forma en que se ha desarrollado el modelo en Chile implica, al menos, identificar cuatro grandes enfoques:

- El integrativo, que implica incorporar elementos empíricos de la cultura de los pueblos originarios, en diversas acciones de salud de la biomedicina para cambiar costumbres que puedan ser no propicias a la salud de la población.
- La capacitación a los equipos de salud en aspectos globales de la cultura y del idioma de los usuarios, como elemento básico para mejorar la

⁵ **Sistemas médicos como sistemas culturales:** Los grupos humanos han creado estrategias para enfrentar procesos de enfermedad, agonía y muerte, no solo a través de acciones concretas para recuperar, prevenir, o enfrentar aquellos sucesos, sino han debido explicarse dichos fenómenos, entenderlos y darles ciertas conductas, es decir son creaciones culturales que otorgan explicación y respuesta a los fenómenos de salud y enfermedad en un espacio y tiempo dado(3).

comprensión y abordaje de sus problemas sanitarios. Implica la incorporación de asesores o facilitadores culturales que puedan intermediar en la relación, como forma de diálogo cultural en diversas áreas del conocimiento y acción cultural.

- La incorporación de iniciativas y experiencias en salud intercultural supone la complementariedad de la atención de salud de usuarios, tratando de articular los diversos modelos culturales de salud y enfermedad. Se observan 3 tipos fundamentales: sistema de derivación entre medicinas, atención intercultural (machi, Lawuentuchefe u otros) y atención por pertinencia cultural de parte de los Servicios de Salud.
- La incorporación del enfoque de derecho, un enfoque al cual se aspira en toda sociedad democrática: que los usuarios en tanto ciudadanos de derecho puedan optar legalmente al modelo de atención según su cultura y necesidad. García Canclini (41) y Maybury-Lewis(3) plantean que la construcción de una sociedad pluriétnica e intercultural implica reconocer y asumir dos factores político-sociales: la dinámica de poder y autoridad del Estado que perpetúa procesos de colonización interna; y el despojo y subyugación por parte del Estado a que han sido sometidas las sociedades indígenas. Son las estructuras del Estado las que deben reconocer la urgente necesidad de disminuir el nivel de control y poder sobre los pueblos originarios.

2.5 Experiencias Nacionales e Internacionales en el Tratamiento de la Salud Mental con Pueblos Originarios desde una Perspectiva de Salud Intercultural

Para James Trostle(3) desde una perspectiva estadounidense, la revisión de literatura presenta notorias diferencias entre referencias indexadas para académicos angloparlantes e hispanoparlantes. Las diferencias no son solamente atribuibles al idioma, contempla historias locales, la presencia de pueblos originarios, las políticas nacionales de asimilación versus coexistencia o discriminación contra grupos minoritarios y el poder de comunidades locales, de

científicos sociales o clínicos. Todas estas son condiciones que también influyen en el desarrollo de conocimientos locales y resultan relevantes en el desarrollo de conceptos y teorías.

Como ejemplo, el profesor Trostle, refiriéndose al énfasis del concepto de competencia cultural en la interculturalidad en distintas regiones de América, refiere que en la medida que se busque un relativo equilibrio de poder entre diversos grupos de interés, comenzará a diferir la forma en que se ha desarrollado el movimiento dominante de la “competencia cultural” (cultural competence, cultural safety, cultural humility, cultural intelligence), la que considera una verdadera industria. Este movimiento se encuentra dirigido principalmente por profesionales de la salud y tiene por objetivo mejorar la calidad y eficacia de los intercambios personales del personal de salud con sus pacientes, en cambio la interculturalidad en salud en América Latina enfatiza la relación entre personas, grupos, e instituciones en un contexto compartido(3).

En dicho contexto, para Cohen-Emerique(42) la interculturalidad es más un enfoque que un set de habilidades a adquirir por parte del personal de salud; o como señalan Kleiman y Benson citados en Becerra (11), la idea que la cultura se pueda reducir a una experticia que puede ser entrenada para su uso en la clínica con personas de origen diverso al del tratante, resulta una dificultad.

Derivada de la crítica al movimiento de competencia cultural, surge como alternativa la llamada “competencia estructural”. Esta corriente de pensamiento se inicia con la publicación, en el año 2014, del artículo de Metzl y Hansen titulado “La competencia estructural: teorizando un nuevo compromiso con el estigma y la desigualdad”(43). Según el profesor Trostle, a pesar que el concepto de competencia estructural es una pequeña fracción de las investigaciones respecto de las de competencia cultural, ésta representa un giro, desde el individualismo del movimiento de competencia cultural norteamericano, hacia un análisis e intervenciones basadas en fuerzas sociales colectivas (3).

Según Becerra (2017), en el tratamiento de la salud mental, el multiculturalismo reconoce la coexistencia de múltiples culturas, a través del auge de los estudios comparativos basados en diversos grupos étnicos, lo que

repercute a su vez en el desarrollo y la promoción de intervenciones culturalmente específicas; sin embargo, surgen críticas a dichos estudios comparativos, debido a que no sería necesariamente el tipo de enfermedades lo que se estaría comparando, sino más bien las explicaciones que estarían ancladas en determinantes culturales. La relevancia de dicha reflexión es que inserta el concepto de relativismo cultural en el ámbito del tratamiento de la salud mental, y el énfasis que se le da a la comprensión del malestar en salud mental en los términos de la cultura del paciente(11).

Hay ecos en la discusión cuando hablamos de lo multicultural, así como también lo intercultural, versus otros modos de relaciones sociales entre distintos grupos. La ubicación del poder juega un papel distinto según los grupos sociales que lo refieran, sean pueblos originarios, migrantes internacionales, no profesionales y profesionales de la salud. A juicio del profesor Trostle, lo relevante es cómo se produce la negociación en el desarrollo de sistemas y procedimientos de cuidados médicos apropiados (3).

Para profundizar en la literatura sobre el tratamiento de los problemas de salud mental con pueblos originarios, considerando que existe un debate internacional en torno a las medidas de incorporar en las intervenciones un enfoque intercultural, a continuación se hace mención a distintas fuentes nacionales e internacionales de investigación.

En un estudio cualitativo de investigación etnográfica, orientado al proceso de tratamiento para problemas con el consumo de alcohol en el Ártico Canadiense con Inuit, se observa que distintos elementos en el camino a la rehabilitación proporcionan seguridad cultural en el problema de las adicciones y la salud mental. Entre los que fueron valorados positivamente destacan tener compañeros de misma etnia en el proceso de tratamiento, participar de conversaciones y diálogos con personas Inuit en el Centro de tratamiento y contar con un entorno de apoyo y cuidado durante todo el proceso. Todos ellos favorecieron un efectivo servicio de atención y la adherencia al tratamiento en adicciones y la salud mental(44).

Los factores valorados negativamente por los participantes del estudio y que no favorecen la seguridad cultural o identificación con el programa de tratamiento son: enfrentarse a barreras lingüísticas, enfrentarse a limitaciones impuestas por personas no Inuit a sus formas de ser, la ignorancia de personas que no pertenecen a su etnia y finalmente, las percepciones erróneas de las mismas. El estudio subraya la necesidad de tener en cuenta la interacción dinámica entre los contextos y las prácticas que promueven y dificultan la seguridad cultural. Los participantes Inuit acabaron sintiendo que conformaban una familia o comunidad de residentes, permitiendo el desarrollo de confianza interpersonal y un sentido de pertenencia con efectos positivos y de validación en el desarrollo de su proceso de tratamiento, asociado al mejoramiento que desarrollo el programa basado en los resultados(44).

Otro artículo que explora los factores que influyen en los esfuerzos del centro de tratamiento y rehabilitación residencial de adicciones para proporcionar una atención culturalmente adecuada y de calidad para los Inuit, identificó factores individuales, programáticos, organizativos o sistémicos. El estudio concluye que las experiencias vitales de los residentes y del personal, las cualidades y habilidades personales y relacionales, el modelo de atención, la flexibilidad del modelo, la sensibilidad de la organización hacia la población atendida, los recursos humanos y el desarrollo profesional, el clima social, el clima político – relacional – financiación y el entorno legislativo, normativo y profesional, son factores a considerar en el tratamiento. Si bien los factores a nivel de sistema generaron seguridad cultural, el resto de los resultados fueron favorables como desfavorables(45).

Una adaptación cultural maorí de una intervención breve de salud mental en atención primaria basada en la terapia cognitivo-conductual para síndromes con perfil de complejidad de atención primaria, demostró en su proceso de evaluación que se observaron mejoras significativas de su malestar psicológico global en los pacientes que finalizaron el proceso. La adaptación maorí incluyó un mayor énfasis en la relación, y la espiritualidad, un mayor uso de la lengua maorí y cambios en las imágenes de los folletos de autogestión. El estudio demuestra que

no fue difícil adaptar un enfoque con recursos ya existentes, lo que fue bien recibido tanto por los proveedores como por los pacientes maoríes(46).

Otro artículo que discute si es posible adaptar la psicoterapia y los tratamientos en salud mental, basado en un marco disponible de conocimiento publicado de adaptaciones culturales basados en la evidencia, muestra resultados positivos en el contexto lingüístico y cultural, apropiados para grupos etnoculturales que no comparten la misma lengua, los mismos valores culturales o ambos(47).

En Chile, las experiencias en el tratamiento de la salud mental desde una perspectiva intercultural han podido ser documentadas y evaluadas indirectamente por algunas investigaciones que exploran el concepto, el tratamiento de la salud mental y la implementación de políticas públicas orientadas a personas pertenecientes a los once pueblos reconocidos por el Estado de Chile, en que destacan el pueblo Aymara, Rapa Nui, Lickan Antai, Quechua, Colla, Chango, Diaguita, Kawésqar, Yagan, Selk'nam y el más numeroso de todos, el pueblo Mapuche, grupo objetivo de la presente investigación.

Uno de los estudios revisados tuvo por objeto comprender el concepto de salud intercultural desde la visión de las comunidades Mapuche Lafkenche de las comunas de Cañete y Tirúa (Octava Región del Bio Bío). Los hallazgos se agruparon en cuatro dimensiones y comprenden el atender las necesidades de salud más urgentes de la comunidad, respetar al usuario y su cultura, respetar el sistema de salud indígena, y respetar los derechos colectivos del pueblo Mapuche(36).

El estudio concluye que la salud intercultural se considera un enfoque que debe asegurar la atención de calidad, la participación de la comunidad y el respeto a la salud tradicional. En este punto los derechos de los pueblos indígenas son la piedra angular en un contexto marcado por la inequidad y la discriminación(36).

Por otra parte, se observa que la complementariedad entre sistemas médicos no es un tema prioritario para el Estado de Chile, siendo la salud intercultural percibida en una dimensión más política, por el rol del estado en la pauperización de las condiciones de vida del pueblo Mapuche. Las expectativas

están puestas en que sirva para resolver problemas urgentes de salud, además de facilitar la complementariedad que permitiría el rescate del conocimiento ancestral(36).

Los prestadores de salud aspiran a la generación de protocolos de derivación y por otra parte, los usuarios perciben que la definición de las políticas públicas se realiza de manera unilateral por parte del Estado de Chile, manteniendo lo biomédico en una posición hegemónica(36).

Los usuarios perciben que los programas de tratamiento con pertinencia cultural no contribuyen a satisfacer sus demandas en materias de salud mental; esta se encuentra relegada a un segundo plano y las principales necesidades de salud mental se relacionan con los efectos de la violencia policial y militarización(36).

En comunidades militarizadas del territorio Mapuche existen altas tasas de alcoholismo y síntomas ansiosos en niños que han sido víctimas y testigos de allanamientos en la provincia de Arauco. El proceso de implementación de la política de salud intercultural se desarrolla sin la participación de los usuarios y comunidades Mapuche, recayendo en la figura del facilitador intercultural. Además, carece de un modelo de gestión eficiente y cercano a los problemas de salud Mapuche(36).

Un estudio en base a las experiencias de usuarios y profesionales, identifica como facilitadores de la implementación de la política para los programas con enfoque intercultural: las normativas referidas a los derechos de los pueblos originarios, el empoderamiento de los usuarios en torno a sus derechos, la creación de equipos encargados para su implementación, la presencia de profesionales de origen Mapuche en los establecimientos, y la existencia de procesos de sistematización del trabajo implementado. Los obstaculizadores encontrados fueron: la asimetría en la relación entre el pueblo Mapuche y el Estado chileno, así como también entre el sistema de salud Mapuche con el modelo biomédico en salud. Además, se observa como obstaculizador en materias de salud mental: la falta de claridad teórica, y práctica asociadas al concepto de interculturalidad en el tratamiento, así como también la falta de recursos(37).

El avance sustantivo en la implantación de una política de salud desde un enfoque intercultural, pese a los logros y facilitadores identificados en base a la experiencia de usuarios y profesionales, está limitado por obstaculizadores difíciles de modificar tales como las formas de planificación habituales en el aparato estatal, la existencia de obstaculizadores estructurales como la falta de reconocimiento hacia los derechos del pueblo Mapuche por parte del Estado, la falta de modelos conceptuales que sustente la bajada de las orientaciones técnicas, la falta de coherencia entre metas sanitarias y la visión de salud de los pueblos indígenas, la falta de conocimiento de la cultura Mapuche, la falta de asignación horaria para participar en el despliegue del enfoque de salud intercultural poniendo peso de esta labor exclusivamente en los facilitadores interculturales y la hegemonía del modelo biomédico(3,37).

Además, se ha detectado la escasez de referentes teóricos respecto del significado del concepto de interculturalidad y las implicancias prácticas que tiene el desarrollo de este enfoque para proveedores de la salud y usuarios indígenas en el tratamiento de la salud mental(3,37).

Otro estudio propuso conocer distintas dimensiones en el tratamiento de la salud mental en comunidades indígenas Mapuche Pehuenche del Alto Bío Bío, entre ellos: los problemas de salud mental presentes, el abordaje de la institución pública y los alcances en la política de interculturalidad. Fueron los profesionales de la salud mental quienes describen las temáticas, mediante la reflexión y sus experiencias en los servicios públicos. El estudio fue de carácter exploratorio y se utilizó una metodología cualitativa en donde se entrevistaron psicólogos, asistentes sociales y psiquiatras. Los principales problemas detectados fueron: suicidio, alcoholismo, la vulneración de derechos infantiles, problemas identitarios y emocionales de la mujer pehuenche. Sus causas tienen directa relación con la intervención del Estado y las formas de abordaje resultan insuficientes y restringidas en su alcance, así también las políticas interculturales siguen impactando negativamente en las comunidades debido a lo descontextualizadas y poco cercanas a la realidad local de las comunidades(32).

Otro estudio aborda el tratamiento de la salud mental desde una perspectiva intercultural Mapuche a partir del caso del Centro de Salud Mapuche Huinkul Lawen de Puerto Saavedra de la Región de la Araucanía, en la necesidad de las comunidades de acceder a servicios de calidad, que sean pertinentes a su cultura y tradiciones. En el estudio participan tanto directivos, funcionarios y usuarios Mapuche y no Mapuche del centro, así como personas Mapuche que no acceden a la atención. Se abordaron temas tales como: la estructura, atención de salud y percepción usuaria(48).

Los resultados muestran que tanto funcionarios como usuarios manifiestan sentirse satisfechos con la atención en salud brindada y la estructura que presentan, salvo en el espacio físico que es muy limitado y que no les permite satisfacer todas las necesidades propias de su cultura(48).

Dentro de las limitaciones que se observan se encuentra la falta de recursos económicos; la falta de movilización para el traslado de sanadores tradicionales e insumos de salud tradicional; el uso del idioma Mapuche, ya que por ser una comuna con un porcentaje alto de población Mapuche se hace necesario capacitar a los funcionarios en la lengua del pueblo Mapuche(48).

Por otra parte, y a pesar que existe la voluntad de flexibilidad horaria para implementar el modelo y adecuarse a las prácticas culturales, resulta relevante considerarlo como parte de la estrategia de atención. Finalmente, la valoración positiva de los directivos y la asociación Huinkul Lawuen sobre el modelo de trabajo y el conocimiento de la cultura Mapuche de los funcionarios, hacen que la presente iniciativa adquiera una valoración positiva en la población(48).

Los hallazgos proporcionan información relevante para la implementación de modelos de salud intercultural en el tratamiento de la salud mental y particularmente en la generación de centros de salud dirigidos a grupos étnicos(48).

Un estudio describe experiencias y percepciones sobre el modelo intercultural en Atención Primaria de Salud (APS), desde trabajadores y usuarios de salud Mapuche (49). En este estudio se realizó una sistematización cualitativa de las experiencias de un Programa de Salud Intercultural en APS en una comuna

urbana de Chile. Sobre los resultados: los participantes consideran que la salud Mapuche es percibida positivamente, la asimilan al concepto de interculturalidad, mientras que los trabajadores señalan que, si bien se respeta, no se promueve un trabajo integrado(50).

Los participantes identifican como barreras aspectos administrativos, falta de integración y cuestionamientos científicos. Se requiere reconocimiento de la salud indígena y mayor formación de trabajadores sobre salud indígena e interculturalidad (50).

Para finalizar, un ensayo sobre la cosmovisión mapuche acerca del concepto de enfermedad mental basado en un enfoque etnometodológico en que se entrevista una Machi (sanadora tradicional Mapuche) de la comunidad Chukauko de Freire, concluye que en la atención con Machi existe una tendencia hacia la preocupación por la persona más que a su diagnóstico médico; la Machi invita a pensar que lo que ocurre a una persona es necesariamente un problema circular y relacional con su medio más cercano lo que involucra a su comunidad y su conexión con la naturaleza. Existen tres formas de enfermar: la primera tiene que ver con la iniciación a ser Machi, la segunda por la posesión de un espíritu maligno que puede venir de la misma naturaleza o por herencia genealógica y finalmente, haber transgredido un lugar sagrado(51). Existe la necesidad de comprender, conocer, reflexionar y legitimar una mirada intercultural local atingente al contexto regional y nacional, reconociendo la riqueza profunda y ancestral de la sabiduría del pueblo Mapuche.

Conocer las experiencias de personas Mapuche en su paso por la oferta de tratamiento en salud mental, facilitaría la negociación en una relación de ayuda, permitiendo generar espacios de colaboración y aprendizaje mutuo, transitando a una perspectiva de trabajo intercultural, promoviendo la complementariedad de saberes, el repensar la salud mental y el respeto por los pueblos preexistentes en una relación de simetría, equitativa, centrada en el diálogo y el entendimiento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General del Estudio

Conocer las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete, con énfasis en aquellas que han contribuido en su recuperación, para el diseño de orientaciones y recomendaciones que permitan fortalecer y mejorar este programa de atención desde una perspectiva intercultural.

3.2 Objetivos Específicos del Estudio

- Explorar y describir las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental con pertinencia cultural.
- Identificar las experiencias que han contribuido en el bienestar de la salud mental del usuario, su comunidad, el entorno social, natural y espiritual desde una perspectiva intercultural.
- Diseñar orientaciones y recomendaciones que permitan implementar acciones que fortalezcan y mejoren la calidad de los servicios brindados, desde una perspectiva intercultural, por el programa de salud mental con pertinencia cultural del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

Esta investigación es una Actividad Formativa Equivalente a Tesis (AFE), por su orientación profesional; busca resolver un problema local vinculado al tratamiento de la salud mental con población Mapuche Lafkenche en el marco del modelo comunitario.

Es un AFE evaluativa desde una descripción/exploración, y contempla la generación de orientaciones y recomendaciones que permitirán mejorar y fortalecer el sistema de atención en salud mental desde la perspectiva del usuario; es de carácter cualitativa y se basa en un paradigma orientado a la descripción e interpretación de las estructuras fundamentales de la experiencia vivida y al reconocimiento del significado de dichas experiencias(52).

Es de tipo exploratorio-descriptivo, lo que permite familiarizar al investigador con un tema que no ha abordado antes, novedoso o escasamente estudiado, y analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes(53). Es un estudio desde un enfoque comprensivo-interpretativo, observacional transversal y con datos primarios(54).

4.2 Contexto en que se desarrolló la Investigación

El contexto donde se desarrolló el estudio es el Hospital Intercultural Kallvu Llanka de la ciudad de Cañete y ha sido seleccionado debido a que el territorio en que brinda su atención presenta gran concentración de población Mapuche Lafkenche.

Contempla las comunas de Cañete, Contulmo y Tirúa y el modelo de gestión del Hospital considera como eje transversal el desarrollo de la salud intercultural, donde la medicina convencional se complementa con la medicina del pueblo mapuche, implementando gradualmente acciones de salud en este contexto.

El hospital se encuentra ubicado en la comuna de Cañete y es parte de la red de establecimientos del Servicio de Salud Arauco, Provincia de Arauco,

Región del Bio Bío. Es un centro hospitalario de baja complejidad⁶ y cuenta con instalaciones nuevas, distribuidas en un espacio físico habilitado de 12.524,29 m² con equipamiento renovado a través de una inversión financiada por fondos del Ministerio de Salud.

Al interior del recinto hospitalario funciona el programa de salud mental de la comuna de Cañete (PROSAM) y la unidad de corta estadía psiquiátrica provincial (UCEP), además posee la administración del centro de salud mental comunitario (CESAM) y el hospital de día que funcionan en dependencias distintas.

Se define como una organización de servicios que cumple una función social esencial en el ámbito sanitario, realizando acciones de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud.

A su vez, el Servicio de Salud Arauco está conformado por 5 establecimientos hospitalarios: 6 Centros de Salud Familiar, 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar y 31 Postas de Salud Rural. De los 5 Hospitales, 4 de ellos corresponden a baja complejidad y el Hospital de Curanilahue de mediana complejidad que es el Centro de Referencia Provincial, dando un total de 45 centros de la Red Asistencial en la provincia.

4.3 Técnicas de Muestreo

El muestreo fue de tipo intencional, lo que favoreció que la elección de las unidades de observación y análisis se encontraran en acuerdo al propósito del estudio, y permitió que los casos elegidos proporcionaran la mayor riqueza de información posible para dar respuesta en profundidad a la pregunta de investigación(56).

⁶ Como indica la Norma General Técnica N° 150, sobre los criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. Define un hospital de baja complejidad como un establecimiento que cumplen con un rol de acercamiento de la salud a la población, sobre todo en zonas extremas y con alta ruralidad. Constituyen centros de atención primaria en los lugares donde son los únicos establecimientos de salud. Dan cobertura a toda la población de su jurisdicción en prestaciones de baja complejidad y son contra referencia de hospitales de mayor complejidad. Eventualmente pueden desarrollar pilotos y/o estrategias de prestaciones específicas orientadas al diagnóstico o tratamiento de ciertas patologías, principalmente GES, utilizando, entre otras, herramientas de telemedicina. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen(55).

La estrategia de muestreo fue de bola de nieve, y consistió en la selección gradual de participantes a través de referencias de participantes previamente seleccionados e informantes claves(56–58). La estrategia de bola de nieve es especialmente útil cuando se investigan grupos o comunidades cerradas, clandestinas o de difícil acceso.

Como se señala en las consideraciones éticas, la convocatoria se realizó mediante una coordinación telefónica inicial, y un encuentro intermediado por profesionales del programa de salud mental o usuarios del programa. Se informó de forma presencial sobre la voluntariedad y confidencialidad de su participación, desarrollándose la firma del consentimiento informado, quedando con una copia firmada en su poder y la información detallada y de contacto del investigador (**ver anexo N°1a – Consentimiento Informado entrevista en profundidad; ver anexo N° 1b - Consentimiento Informado grupo de discusión**).

Los criterios de inclusión/exclusión de la muestra fueron: personas adultas hombres y mujeres entre 18 a 70 años, que se autoidentifican como Mapuche y que participaron o participan de un proceso de tratamiento en salud mental en el programa de atención con pertinencia cultural del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete.

En la investigación no se consideró un tamaño de la muestra a priori; al aplicarse el principio de saturación, el muestreo se aplicó en forma iterativa, de acuerdo a la información que va surgiendo en el trabajo de campo(59). Por lo anterior, el tamaño final de la muestra estuvo supeditado a la riqueza informativa de los datos, la variedad de los participantes, la amplitud de la pregunta de investigación y el fenómeno, el método de recogida de los datos y el tipo de estrategia de muestreo(56).

Uno de los criterios más importantes para definir, en definitiva, la composición de la muestra, fue la disponibilidad de suficientes datos en profundidad que fueron mostrando los patrones, las categorías y la variedad del fenómeno estudiado(56). Considerando lo anterior, la composición final de la muestra estuvo conformada por diecinueve personas entrevistadas.

4.4 Técnicas de Producción de Datos

Para la producción de datos se utilizaron técnicas combinadas, algunas del método etnográfico(60), como la observación etnográfica, las notas de campo y la entrevista en profundidad, que orientaron en el análisis de los significados y las vivencias(61). Además, se realizó un grupo de discusión.

La observación etnográfica se realizó en todo el proceso de investigación, durante las entrevistas, en los acercamientos al establecimiento hospitalario y en la comunidad, así como también en distintos momentos y contextos de atención o coordinación. Se realizaron observaciones etnográficas en rondas de salud rural, actividades de prevención y promoción, en actividades de psicoeducación con usuarios Mapuche, en el octavo seminario de interculturalidad organizado por el hospital Kallvu Llanka orientado a los funcionarios el mes de octubre del 2023 con la participación de 50 funcionarios, observación en sala de espera y espacios hospitalarios de flujo constante de pacientes; además, en reuniones clínicas y de coordinación del programa, reuniones con funcionarios del programa y la unidad de salud intercultural, todas aquellas actividades que existió disponibilidad de los funcionarios y miembros del equipo de tratamiento en participar, así también los usuarios. Su objetivo fue recoger información relevante del programa, en relación con sus prácticas; también registraron datos contextuales relevantes, apoyados con notas de campo. Se elaboró un cuaderno de campo para la descripción narrativa detallada de lo observado, se realizaron registro de audios, se realizaron registros fotográficos y videos, en algunos casos se elaboraron croquis o esquemas de situaciones significativas complementadas por descripciones narrativas del contexto, se realizó el registro de impresiones, interrogantes, valoraciones, emociones e interpretaciones diariamente durante la permanencia del investigador en el territorio, que consistió en un aproximado de tres meses, volcando la información del día disciplinariamente de la forma más inmediata posible, evitando que pase demasiado tiempo desde la observación para su transcripción(62). **(Ver anexo N° 2 – Notas de Campo Derivadas de la Observación Etnográfica Distintos Contextos).**

Para la entrevista en profundidad se elaboró una guía de entrevista abierta, relacionada con el problema y los objetivos de la investigación(62). De forma cronológica y progresiva se invitó a narrar su experiencia en su paso por la oferta de tratamiento (**ver anexos N° 3 – Guía Entrevista en Profundidad**).

Las entrevistas se iniciaron con un primer momento de acogida, exploración del motivo de consulta; las prácticas de evaluación y diagnóstico vividas por la persona entrevistada. Se exploró el compromiso, la confidencialidad, la voluntariedad y la adherencia para con el programa de tratamiento; además, se exploró la relación de confianza y apoyo durante el proceso gradual tanto con sus pares como con el equipo tratante. Abiertamente los participantes fueron narrando secuencialmente su paso por la oferta de tratamiento, sus distintas etapas, las actividades que participaron, los hitos importantes, los elementos que favorecieron o interfirieron con su recuperación y el bienestar personal, la identificación con el programa, las diferencias socioculturales, el uso del lenguaje, la pertinencia cultural, la participación de las familias y referentes significativos, la participación de la comunidad.

Finalmente, se exploró el alta terapéutica, su bienestar personal, el egreso y seguimiento del programa. Las entrevistas en profundidad se realizaron fuera del contexto hospitalario, en un escenario neutral para la comodidad y apertura de los usuarios. Los lugares donde se desarrollaron las entrevistas fueron diversos: hogares de los/as usuarios/as, una cafetería o el lugar de trabajo de la persona entrevistada.

Posteriormente, se realizó un grupo de discusión. Los participantes en el contexto de una ronda de salud rural fueron invitados a participar, y hablar sobre sus experiencias en el programa de salud mental del hospital Kallvu Llanka; los participantes fueron reconstruyendo un discurso respecto de las distintas experiencias en el grupo(61).

Para los grupos de discusión se elaboró una guía de entrevista de grupo, basada en las principales experiencias y significados expuestos por usuarios entrevistados individualmente y sus temáticas relacionados con el problema y objetivo de la investigación(62) (**ver anexos N° 4 – Guía Entrevista Grupo de**

Discusión). Paralelamente se solicitó la orientación y colaboración de dos funcionarios de la unidad de cultura y lengua Mapuche del Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) oficina Cañete, respecto del proceso de entrevistas tanto individuales como de grupo. Para la actividad de grupo, la recomendación fue utilizar laminas representativas de los conceptos explorados y referidos por los usuarios Mapuche entrevistados individualmente, como una forma de incentivar el dialogo, lo que generó una buena acogida por los participantes. Se seleccionaron cinco conceptos representativos: Atención Hospital Kallvu Llanka, búsqueda de apoyo, atención intercultural, diferenciación de la atención Mapuche y no Mapuche, y atención por Machi (**Ver Anexo N° 5 – Láminas Grupo de Discusión**).

Para acentuar la diferencia del grupo de discusión con las otras prácticas mencionadas anteriormente, se destaca lo importante que es la circulación de los discursos. Discursos que adquieren su máximo valor como representación simbólica del grupo frente al fenómeno estudiado y, por tanto, expresan las normas del grupo (el ideal del grupo) ante el fenómeno estudiado(61). El moderador de la reunión se convierte prácticamente en un conmutador de la circulación de los discursos, es el que da paso a las intervenciones de unos u otros participantes, es el que da paso a algunos temas y cierra otros que nada tienen que ver con el objeto de estudio.

Los grados de consenso llegaron a convertirse en la principal guía de interpretación, hasta conseguir una especie de mapa general de consensos respecto del objeto de estudio el cual es el insumo para el desarrollo de recomendaciones(61,63). La flexibilidad del formato de las discusiones permitió explorar nuevos contenidos.

El objetivo específico del método etnográfico fue comprender y describir las experiencias y significados del paso de las personas Mapuche por el programa de tratamiento a través de la observación sistemática, la participación activa y la interpretación rigurosa de los datos recopilados; por otra parte, el objetivo específico de la utilización de grupos de discusión fue obtener una comprensión profunda y detallada de las opiniones, actitudes, percepciones y

experiencias colectivas respecto del proceso de tratamiento de salud mental, con una perspectiva intercultural, a través de la discusión abierta y libre, facilitada por el moderador. Además, permitió enriquecer el estudio e incorporar metodológicamente un nuevo punto de vista, así como elementos para la generación de recomendaciones para el programa de atención. La utilización de una combinación de métodos y técnicas para obtener mayor riqueza y variedad en la información obtenida permitió realizar la triangulación de los resultados (61).

Se seleccionó un grupo de seis personas Mapuche, que contaban con cercanía con el programa de tratamiento, o porque habían participado directamente o conocían algún familiar cercano que había participado (64).

Las entrevistas en profundidad contaron con una duración en un rango de cuarenta y cinco minutos a una hora y media. El grupo de discusión, contó con una duración de una hora y media. Las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión quedaron registrados en grabaciones de audio digital, las que posteriormente fueron transcritas por el programa de transcripción de audio Deepgram(65). **(Ver Anexos N° 6 – Entrevistas en Profundidad; Ver anexo N° 7 – Entrevista Grupo de Discusión).**

Luego de la utilización de técnicas del método etnográfico, orientadas a la exploración de procesos de tratamiento de personas Mapuche Lafkenche y el desarrollo de grupos de discusión y a partir de los análisis de los resultados obtenidos, de la literatura consultada en el marco teórico del proyecto, y de la experiencia profesional, se desarrolló un conjunto de orientaciones y recomendaciones para el hospital Kallvu Llanka, para el equipo de salud mental y finalmente, para las políticas de salud intercultural en materias de salud mental, para el mejoramiento y fortalecimiento de los servicios de salud mental del programa, desde una perspectiva ética y de respeto de la diversidad cultural de los pueblos, propiciando espacios de colaboración y aprendizaje mutuo, transitando a una atención de calidad desde una perspectiva intercultural en salud. Finalmente, se ha comprometido y proyectado, posterior a la finalización del AFE, un proceso de retroalimentación de los resultados **(ver figura 1)**.

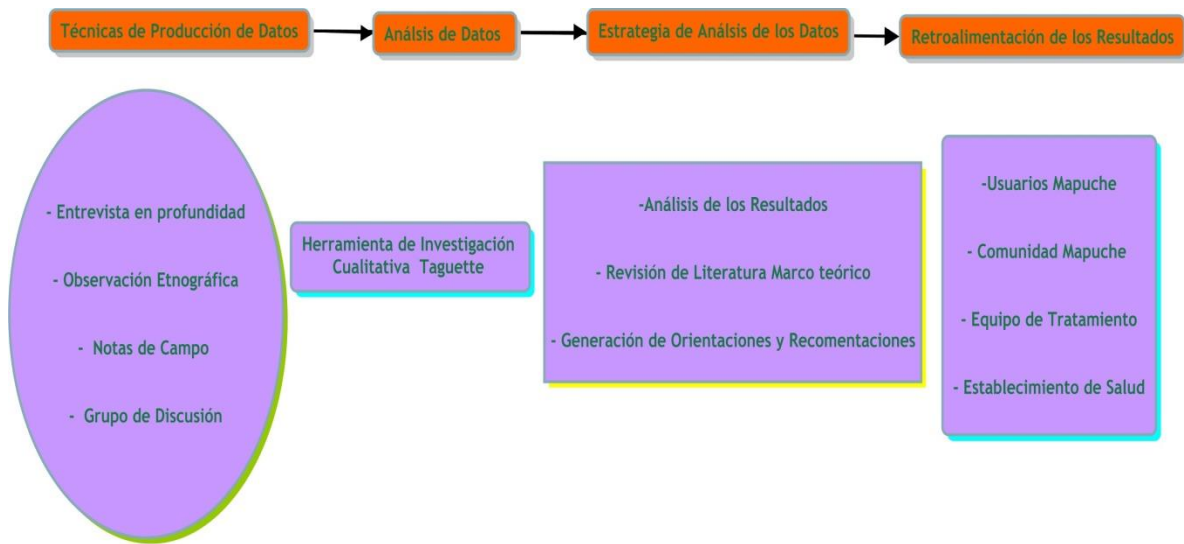


Figura 1 – Proceso de producción-análisis de datos, obtención de resultados y uso de los mismos

4.5 Estrategia de Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos se aplicó el proceso planteado por Huberman y Miles que contempla tres momentos principales: la reducción de los datos, la discusión y transformación de los datos, para finalizar con la formulación y verificación de las conclusiones (66,67) **(Ver figura 2)**

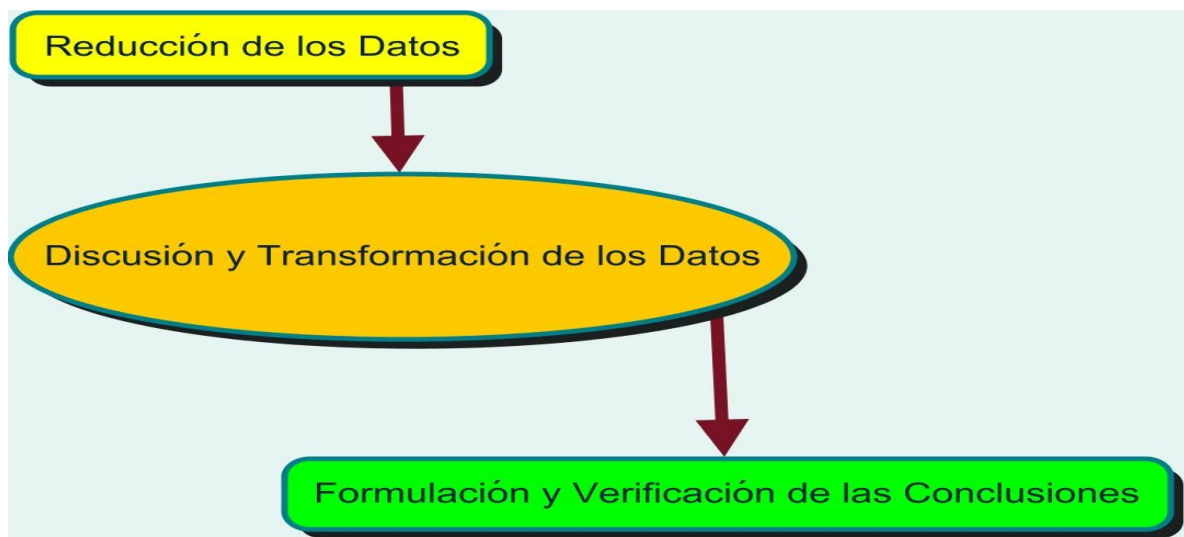


Figura 2 – Etapas de análisis de los datos cualitativos propuesto por Huberman y Miles

A su vez, cada etapa está constituida por distintas actividades y operaciones específicas, representadas de la siguiente manera(67) **(ver figura 3)**:

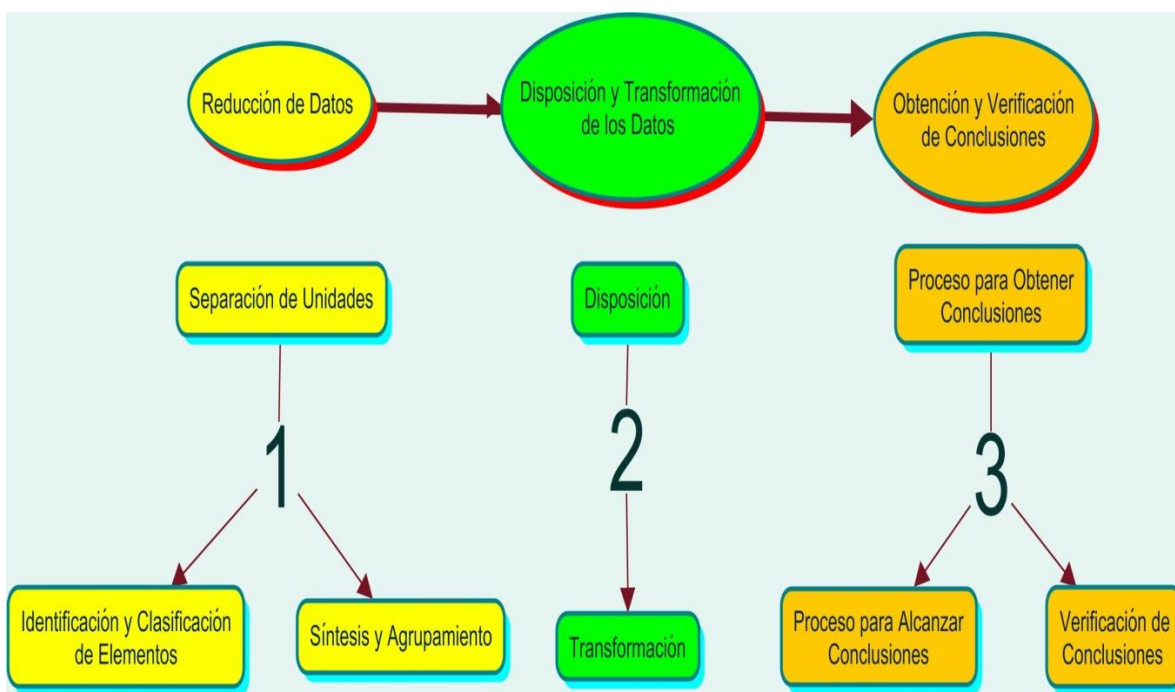


Figura 3 – Proceso general de análisis de datos cualitativos.

El procedimiento contempló seleccionar la información obtenida en el trabajo de campo a partir de la aplicación de varios instrumentos, entre las que se incluyeron: las entrevistas en profundidad, las notas de campo, la observación etnográfica y sus registros, así como el grupo de discusión.

Con los textos de las transcripciones se realizaron los primeros análisis globales, mediante un proceso de codificación abierta y categorización de la información, en la que se examinó el texto estableciendo comparaciones(68). Contempla la organización, manipulación y recuperación de los fragmentos más significativos de la información obtenida.

Para un siguiente nivel, se establecieron y agruparon los códigos, logrando un mayor nivel de análisis. La codificación y categorización se realizó desagregando el texto, agrupándolos por tópicos del tema, principalmente intentando responder a la pregunta de investigación.

Dicho proceso se realizó en varias ocasiones, logrando mayor descripción, comprensión e interpretación de las categorías emergentes, la recreación de sentidos y significados. El resultado de ésta fase fue la creación de un libro de códigos. **(Ver anexo N° 8 – Libro de Códigos Descripción de categorías)**

Los análisis se desarrollaron con apoyo del programa para el análisis cualitativo exploratorio Taguette(69).

Se desarrolló un proceso de triangulación, que es la acción y cruce de toda la información pertinente al problema y objeto de estudio. Esto se realizó durante todo el proceso, permitiendo la interpretación de los significados y avanzar en nuestros objetivos(64).

Se agrupó la información obtenida por tendencias, se clasificó en términos de coincidencia o divergencia. Se cruzaron los resultados obtenidos a partir de la información reportada por categorías y subcategorías, lo que dio origen a la definición de tres grupos de experiencias como conclusión. Un primer grupo que contempla distintas modalidades de atención en el territorio; un segundo grupo, experiencias propias del proceso de tratamiento y finalmente, un grupo de conceptos abstractos propios del quehacer profesional y técnico de funcionarios del hospital Kallvu Llanka.

A partir de los hallazgos obtenidos, la discusión bibliográfica y la experiencia profesional, se integra el cuerpo de conocimiento alcanzado en un continuo proceso dialéctico entre información e interpretación, se diseñaron orientaciones y recomendaciones que permitan implementar acciones que fortalezcan y mejoren la calidad de los servicios brindados desde una perspectiva intercultural del programa de salud mental con pertinencia cultural del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete.

4.6 Criterios de Calidad del Proyecto.

4.6.1 Triangulación de los datos

La recopilación de datos consideró diferentes fuentes de datos, se utilizaron técnicas combinadas, observación etnográfica, notas de campo y la entrevista en

profundidad, además un grupo de discusión, con el objetivo de obtener múltiples perspectivas(70,71).

4.6.2 Diseño adecuado de la muestra

El muestreo fue de tipo intencional, lo que favoreció que la elección de las unidades de observación y análisis se encontrara en acuerdo al propósito del estudio, y permitió que los casos elegidos proporcionaran la mayor riqueza de información posible para dar respuesta en profundidad a la pregunta de investigación. Se utilizó una estrategia de muestreo secuencial de selección gradual de bola de nieve(72).

4.6.3 Credibilidad

Las experiencias subjetivas de las personas Mapuche y no Mapuche entrevistadas, contribuye a la validez interna de la investigación, con sus relatos de la experiencia vivida asociada a su paso por la oferta de tratamiento.

4.6.4 Relevancia

Producto de la investigación se desarrollaron una serie de recomendaciones derivadas de los relatos de experiencias, de personas Mapuche y no Mapuche, en su paso por la oferta de tratamiento del Hospital Kallvu Llanka de Cañete. Los hallazgos cuentan con el potencial necesario para contribuir en el mejoramiento del programa de atención en salud mental y en la implementación de políticas de salud intercultural.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto se enmarca en las indicaciones entregadas por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial versión 2017(73) y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos elaborado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su versión actualizada(74).

Se incorporó a personas pertenecientes a grupos potencialmente vulnerables, ya que por ser parte de un programa de atención en salud mental se encuentran en un proceso de tratamiento de algún problema de salud mental. En este sentido, se tomaron los resguardos especiales para la protección de los participantes tales como, evaluar en conjunto con el equipo tratante que la persona se encuentre clínicamente compensada o estable(75).

La convocatoria se realizó mediante una coordinación telefónica inicial con la persona o su familia, y una visita a su casa, intermediada por un funcionario del programa. En la visita, se entregó información sobre la voluntariedad de su participación, sobre la confidencialidad de la información y se procedió a la firma del consentimiento informado quedando la persona con una copia del documento y la información completa de contacto del investigador. **(Ver anexo N°1a – Consentimiento Informado entrevista en profundidad; ver anexo N° 1b - Consentimiento Informado grupo de discusión).**

La información provista por los participantes, y sus consentimientos informados fueron almacenadas de forma segura en la oficina del investigador. En este punto fue de suma relevancia transitar de una relación vertical a una horizontal y respetuosa, evitando una actitud indiferente y extraccionista en el levantamiento de datos(60). Para Eduardo Restrepo el conocimiento social y político con que se plantee el investigador es muy relevante, ya que una actitud asaltante y agresiva en la recolección de información, sólo reflejan desconexión e indiferencia, que no se encuentran en sintonía con la preocupación de un investigador responsable y comprometido(60). Es importante que el estudio tenga

algún sentido y utilidad, la pertinencia social y política del estudio, tendría una perspectiva ética. Las personas deben tener pleno conocimiento de lo que se va a desarrollar en el estudio, con estrategias pedagógicas acertadas para explicar el objeto y propósito del estudio, evitando tratarlas como simples objetos o medios para avanzar en nuestros objetivos laborales o académicos.

Respecto de los mecanismos planificados para asegurar el anonimato de los participantes, se desarrolló un tipo de codificación se asignó un código a las entrevistas y observaciones etnográficas. Todos los registros etnográficos y las entrevistas fueron anonimizados. El lugar de almacenamiento y archivo de los documentos digitales (documentos Word, registros de audio) se realizaron en el computador personal, con una clave de acceso de conocimiento sólo del investigador responsable en las oficinas del mismo. Solo el investigador responsable tendrá acceso a los datos.

De los mecanismos de planificación para el resguardo y bienestar de los participantes, se contempló que la entrevista en profundidad se desarrollara en la comodidad del hogar de las personas, resguardando su privacidad e intimidad en el relato, sugiriendo que cuente con un espacio privado. El desarrollo de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, fueron en acuerdo con las personas velando por la comodidad en su desarrollo. Las entrevistas realizadas no generaron ningún percance o dificultad para los usuarios entrevistados.

Al finalizar el proyecto de investigación, se ha programado una devolución de los resultados del estudio a los usuarios y la comunidad, al programa de atención y al hospital Kallvu Llanka.

El proyecto de investigación fue presentado a la subdirección médica del establecimiento, para su presentación al Comité de Ética Científico Provincial del Servicio de Salud Arauco del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, siendo aprobado sin observaciones (**ver anexo N° 9 - Procedimiento y carta de aprobación comité de ética provincial Servicio de Salud Arauco**).

6. RESULTADOS

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados, se exponen los principales resultados derivados de la exploración de distintas fuentes de información. Los resultados se han organizado en tres grupos de experiencias y contempla distintas modalidades de atención que existen en el territorio, experiencias significativas propias del proceso de tratamiento y finalmente, un grupo de conceptos abstractos propios del quehacer profesional y técnico utilizado por funcionarios del hospital.

6.1 Distintas modalidades de atención que han contribuido en el bienestar de la salud mental de personas Mapuche consultantes.

Se explora los significados en la relación de distintas formas de atención del programa de salud mental, la unidad de salud intercultural y los sanadores tradicionales del territorio que han contribuido o no, en el bienestar de la salud mental de personas Mapuche consultantes. Las experiencias provienen del modelo de atención biomédico, adecuaciones con pertinencia cultural articulado con sanadores tradicionales y finalmente, atenciones realizadas por sanadores tradicionales en una práctica ancestral Mapuche, que en el territorio de Arauco aún funcionan de forma autónoma al modelo médico hegemónico.

a) La modalidad de atención basada en acciones respetuosas entre el equipo de salud y personas Mapuche, centrado en el reconocimiento de su cosmovisión ancestral y que incorpora adecuaciones técnicas y negociación en el trabajo terapéutico clínico y comunitario la denominaremos **Atención Intercultural**. Si bien se desarrolla en un contexto de subordinación, en dónde prima la biomedicina, incorpora atenciones con pertinencia cultural, articulados con sanadores tradicionales.

Dentro de las prácticas de atención, se puede apreciar que el contacto inicial y un vínculo cercano hacen la diferencia en la relación. El reconocimiento que hace el profesional de salud mental a su cultura, cosmovisión y sobre todo su lengua incentiva su participación. Expresiones de saludo y entendimiento en su

idioma nativo van marcando cercanía y respeto por un otro, lo que queda reflejado en la siguiente expresión de una usuaria Mapuche Lafkenche.

“Primero que nada, que cuando uno lo saludan, ya es como que uno lo reconocen, que uno es Mapuche. No es lo mismo que te diga, hola como estái, que Mari Mari Lamngen, Faley, entonces ya uno entiende que la persona que está hablando en tu idioma, por ende uno se siente. Sabe que no es un hola no más, como saludar. Para mí la diferencia está ahí, si te saludan” (E1).

La valoración que adquiere dichos gestos y actitudes para con la persona Mapuche, representa que el profesional ha hecho la diferencia respecto de la población general, en una relación de colaboración y simetría permanente.

Uno ahí se siente un poco en confianza de sentirse Mapuche porque el sistema igual no diferencia mucho entre ser o no ser Mapuche. Para mí como Mapuche a los que me saluden como Mapuche es sentir y vivir al profesional que ellos saben que uno es Mapuche, que uno es diferente” (E1).

El poder interpretar al otro, en una dinámica permanente de conocimiento, comprensión y empatía, respecto de sus actividades cotidianas, sus ritmos locales y sus prioridades, como lo es el valor de la tierra y la naturaleza como lugar de bienestar, conectado a su vitalidad y sus orígenes, es el ejercicio que diariamente desarrollan los profesionales del programa, lo que queda representado por una usuaria Mapuche

“Cuando conversábamos por ejemplo, cuando uno conversa, porque en el día hay palabras, una verdadera palabra que uno va entendiendo, como dicen los Lamngen Mapuche, la cosmovisión Mapuche, ella entiende por ejemplo que yo necesito, por ejemplo estar en la tierra, no puedo estar en la ciudad, por ejemplo si cualquier cosa me pasara de enfermedad y todo ella sabe, ella entiende y sabe, que ella no me dijo, sabes que tienes que hospitalizarte, no me dijo eso, al revés, ella entiende que para mí el hospitalizarme es algo en contra mío. (Como sacarte de tu lugar) Exactamente, entonces ella sabe y entiende que lo primero que uno tiene que hacer como Mapuche, es estar en su Mapu, eso es como el alivio para uno y por eso que en éste caso, la parte intercultural yo la vi, por eso me generó confianza ella igual, porque entiende eso, no que yo se lo dije, si no lo sabía y siempre hablamos

de eso, una parte intercultural de que uno necesita por ejemplo estar en su Ruka” (E1).

Lo anterior se puede ver transgredido por cuestionamientos de parte del profesional médico, estableciendo estándares o criterios que no se ajustan al contexto cultural de la persona, como lo describe la Lamngen a continuación en la siguiente expresión, respecto de las condiciones de habitabilidad, opuestas a la cultura médica, pueden generar en el consultante distancia afectiva y desinterés en el establecimiento de una relación de colaboración orientada al bienestar en la salud de la persona.

“uno le puede decir las cosas, a diferencia de los médicos por ejemplo, le dicen que no, que es insalubre, que te hacen comentarios como esos, que uno al final se cierra, no habla más, uno no dice nada más y de que va a hablar si al final es lo que uno hace diariamente, por ejemplo yo cuando prendó el fuego, la humaera como me dicen en la casa y todo, yo no me siento mal pu. Pero yo, si yo le digo al médico a veces, que estoy resfriada, a no pu porque ella no puede aspirar más humo y tiene que hacer lo posible de no, de no aspirar o no estar en un lugar con humo, porque le hace mal por ejemplo, y yo sé que en este caso lo poco y nada que hemos conversado (refiriéndose al profesional de salud mental) y sé que nunca va a cuestionar eso, sé que puedo hablar en confianza y decirle que yo vivo así, yo hago esto, yo estoy haciendo esto, no va a ser algo como sea, algo que sé que me van a decir o me va a cuestionar, también entiende y comprende también los tiempos” (E1).

La complementariedad de saberes y convivencia entre la medicina occidental o biomédica y la medicina Mapuche es cotidiana, las personas suelen acudir de forma simultánea a ambas medicinas. Además, una tercera práctica que si bien se puede apreciar someramente en relatos de personas Mapuche como no Mapuche y profesionales basados en sus observaciones, resultan ser menos evidente por la naturalidad en que se incorpora en el diario vivir, me refiero a prácticas de autoatención que se encuentran al interior de sus “Rucas”, llevado a cabo por las propias personas y sus familias, no intermediado por un agente tradicional o por un profesional del equipo de atención.

“Lo que he hablado con la Lamngen (refiriéndose a la profesional). Ella ya, hemos conversado ese tema (sobre la posibilidad de atenderse con

Machi), pero también ella entiende por qué mi familia también entiende, entienden el tema de la salud intercultural. Pero hay cosas, por ejemplo, incluyéndome y yo también entiendo todo lo de la salud intercultural, pero hay cosas que escapan a nuestras capacidades, por eso yo llegue allá (refiriéndose al Prosam), yo entiendo y comprendo hace mucho tiempo que la salud Huinca, la salud externa de la Mapuche es un complemento, se pueden apoyar una con la otra, se pueden. Hay otro que no. Que se cierran y es un no nomas” (E1).

Para las personas que pertenecen al pueblo Mapuche, lo primero es poder establecer una relación que permita generar lazos de confianza y colaboración permanentes en el tiempo. En dicha dinámica adquiere protagonismo el conocimiento del otro y por tanto, la personalización de la atención. Lo que resulta en una atención distintiva que se construye en un continuo, que permiten sostener lazos de cercanía que trascienden a la atención. Es lo que refiere una mujer Mapuche en su relato que orienta en el camino a la interculturalidad.

“Yo siento que ese camino tiene que construirse, al final no tiene que compartirse solamente un paciente y un médico, también tiene que construirse una relación. O sea, que en el fondo ésta atención sea personalizada porque siento que el tema mental, como le dicen ustedes, también tiene que ver con la parte espiritual. Entonces no tiene que hacerse como lo hacen ustedes, una carpeta cierto, un informe, me gustaría que fuera algo que uno en este caso saliera o estuviera en el sistema pero algo que le quede a uno, no que se ponga a borrar y listo y ya se acabó los temas, los casos cerrados” (E1).

Estas relaciones estrechas entre las personas Mapuche y los profesionales existen. Las comunidades Mapuche tienen claridad de los profesionales y médicos que se encuentran sensibilizados en su cultura y que muestran una positiva disposición a ayudar en materias de salud mental. Habitualmente acuden a ellos, tomando una actitud más selectiva con dichas personas por su sensibilidad en materias de salud intercultural, también logran adecuar sus prácticas en beneficio de la población atendida y desarrollar alianzas de trabajo que trascienden en el tiempo, y dependiendo del rol del profesional puede motivar a otros, en la colaboración de un trabajo integral. Extraído de mis notas de campo, así lo expresa una funcionaria respecto de dichas relaciones que establecen las personas Mapuche y los profesionales del hospital.

“les parece significativo tener siempre su equipo. De hecho ellos lo tienen identificado, nosotros no tenemos un equipo formado, pero ellos saben quién es el psicólogo que atiende en las comunidades y también quién es la matrona, de hecho llegan acá buscan a ese equipo, como que está especializado pero por qué un tema de sensibilidad que tenemos” (OP2).

“las nutris tienen a cargo los Trafkin (actividad cultural Mapuche de intercambio de bienes o conocimiento) en el año. Los Trafkin son súper interesantes porque viene gente de comunidad. De hecho, hace poco hubo. El último fue el cinco de septiembre, y viene gente de comunidad y eso lo hacen las nutris cachai, pero no cualquier nutri, la sensible y eso no lo pide el servicio, la jefatura, es algo que surge acá o en el camino. Cuando esas nutri no estén, no hemos tenido otras. Nos ha pasado con los Kines, los kines han tenido rotación porque tuvimos uno muy muy sensibles, después lo cambiaron y los otros como que no les gustan mucho, como que igual les da lata. Interesante porque trabajan con los componedores y los componedores, han buscado dialogar con los kines y con los traumatólogos, entonces es súper interesante lo que ha pasado ahí” (OS2).

A pesar que exista sensibilidad en los profesionales, no todos podrán participar cercanamente de su cultura, debido que es un proceso dinámico y personal dependiendo en gran medida de la aceptación de las familias y su comunidad. Afortunadamente los facilitadores interculturales cuentan con esa cercanía, y lo más importante pertenece al pueblo Mapuche, siendo parte de la comunidad. En el proceso de recuperación, el rol de los facilitadores interculturales puede ayudar a identificar el tipo de padecimiento, orientar en su atención y acompañar desde su sabiduría adquirida en la práctica cotidiana. Lo que queda expresado por un profesional de la unidad de salud intercultural.

“Son muy pocos los que se involucran, no está instalado en los chiquillos el acompañamiento a este nivel. Porque además, no basta que tú quieras ir, te tienen que invitar y en ese sentido, no siempre el acompañamiento del psicólogo al paciente o la familia genera un vínculo. Porque la gente que está en la ceremonia debe ser gente que anhela profundamente que esa persona se sane. Hay energías que se buscan cuando el Machi dice que en una ceremonia queremos veinte acompañantes tienen que ser veinte personas que realmente quieran que esa persona se sane y esa energía y ese anhelo que él se sane, ayuda al Machi al tratamiento que va a hacer, entonces no puede ir una persona que le caiga mal, no puede ir alguien que no sea bienvenido en el grupo, no es fácil ser parte de esta ceremonia y los chiquillos son

invitados recurrentemente porque ellos se vinculan con los pacientes, además que la gente también le agradece ese apoyo” (OAI).

En el proceso de atención articulada por el equipo de salud mental, la unidad de salud intercultural y el sanador tradicional, se observa que la experiencia de evaluación por parte de la Machi, la ceremonia y el apoyo de la familia son cruciales en su recuperación, una experiencia centrada no solo en la fe individual, sino un expresión de fe colectiva, compartida por la familia y personas que acompañan sinceramente en la sanación de la persona. Fe que se deposita en el paciente y también en la autoridad ancestral Mapuche, pero también en el colectivo que acompaña buscando la sanación, es lo que relata una persona Mapuche que ha participado en varias oportunidades en ceremonias buscando su bienestar por su enfermedad denominada en el mundo occidental como esquizofrenia, así lo expresa el usuario y un profesional de la unidad de salud intercultural. Extraído de la entrevista en profundidad y notas de campo.

“Ella estaba con unas personas, con una ayudante de Machi, y otra una niña que había, y estaba ella, mi mamá y otras personas. Ella tenía un espacio donde tenía su Lawuen, su medicina, entonces mandaba a esta persona y esta iba y le traía la medicina, los remedios y todo eso, plantas, y ahí mismo me hizo un machitún, me cantaba, me cantó, hizo fuego, que con hojas de canelo en la espalda, con su medicina y todas esas cosas. Y me hizo bien, me hizo sentir bien eso, quizás era distinto. Antes de ir a la Machi de Lumaco, ella misma descubrió por intermedio de la orina que años anteriores, yo había sido infectado por un Ngen por un espíritu del agua, que fue porque yo invadí un espacio del río, de ahí mismo (indicando el río que colinda su casa) pero que fue años atrás, y yo no tenía idea y me enfermé en el transcurso del tiempo. Yo recuerdo que coincidía que años, cuando era cabro, tenía como veintitantos, anduve en ese río, y me enterré algo en el pie y vi y me saltaba la sangre, y corriendo por ese río hago esto en el tobillo, (se mira el tobillo) puras piedritas y arenita había, es todo, andaba puro corriendo leseando y justo lo que dice la Machi que fue , yo coincido con eso, que un Ngen se me introdujo por dentro y me cortó, y se me fue por la sangre hasta el cerebro, y ahí fue mi enfermedad, (y cuando la Machi te revela esto, ¿Cómo te hizo sentir eso?) Sí, mucho mejor. Qué era. . . Qué chuta, era eso entonces y nuestras cosas que pensaba que podían ser. (En ese minuto tenías fe en la Machi que te podía curar) sí, cien por ciento (confiabas en la Machi y cuéntame un poco de eso). Sí, totalmente ella con mucha fe y esperanza a

recuperarme. Me dijeron por ahí también que no podía ir con mala energía, con mala vibra y eso” (E4).

“la verdad que son pacientes que están dispuestos a esta atención nosotros no es que lo obliguemos, le damos la opción cuando no quieren tomar medicamentos, también se le explica que existe la posibilidad de asistir a atención de una Machi ya y lo toman de buena manera porque también tiene que ver con un tema de creencia, entonces la persona va con su confianza y con el sentido de que se va a recuperar” (OAI).

En el plano de una relación terapéutica, un aspecto que adquiere protagonismo es la retribución al Machi por haberlo sanado, lo que resulta muy distinto al concepto usado en la medicina occidental, denominado pago de una prestación. En la cultura Mapuche, dicha retribución es una forma de agradecer por el apoyo en el proceso de sanación, sin embargo en la cultura occidental corresponde al pago de un servicio que en éste caso es absorbido por el Estado, lo que genera confusión y la pérdida del sentido cultural en un encuentro de dos conceptos diametralmente opuestos y si bien varios Machis han logrado adecuar dicha práctica eso no es lo tradicional, lo que queda expresado por un profesional de la unidad de salud intercultural y en el octavo seminario hacia la Interculturalidad en Salud: diálogos y desafíos en nuestro territorio, organizado por la unidad de salud intercultural del hospital. Extraído de mis notas de campo.

“Ahora eso también tiene un sentido cultural nosotros también hemos visto cómo podemos colaborar con algunas personas que no tienen ningún recurso . . . es un tema que nos importa pero desde el punto de vista cultural, se paga porque se tiene que retribuir al Machi por sanar a alguien, y en el agradecimiento de la familia con la atención que hace la Machi, la familia tiene que hacer un esfuerzo, por retribuir al Machi, entonces cuando uno interviene en ese proceso, y la consulta es gratis se pierde el sentido cultural de la retribución, no hay ningún costo, y yo de qué forma le demuestro mi gratitud al Machi por haberme sanado, no hay una reciprocidad, entonces desde el punto de vista cultural también hay un fundamento” (OSI).

“también hay patologías hay Mapuche Kütran que requiere de ceremonias y eso ya es otra cosa, porque una ceremonia implica qué tiene que involucrarse la familia completa, qué tiene que hacerse los Küni (se construyen cuando se hace un nguillatun, solo se construyen en ese espacio que se llama nguillatuwe) las ramadas, preparar un

espacio para hacer la ceremonia, estar un día una noche a lo menos, atender a la gente que va a ser parte de la ceremonia implica un gasto mayor pero eso es lo ancestral así se hacía y por qué es así porque en teoría la familia debiera estar dispuesta a todo por sanar a ese miembro de la familia. Si no hay dinero antiguamente en el campo, lo que se hacía que el que tiene animales de esa forma lo hacía o cambiaba animales por algo que no tenía” (OAI).

La unidad de salud intercultural del Hospital Kallvu Llanka, en su misión de colaborar con las comunidades acercando la salud Mapuche a las distintas comunidades del sector, en su experiencia de articular atenciones con sanadores tradicionales, hacen un despliegue humano y logístico que requiere distintos tiempos de traslado, los sanadores tradicionales presentan una dispersión geográfica importante, lo que requiere recursos permanentes para el traslado de la persona enferma, lo que queda expresado en el relato de un dirigente Mapuche de la comunidad de Reputo.

“a mí me parece bien, porque he sabido que apoyan harto, a los enfermos que deciden ver Machi y de ellos, hasta los trasladan algunas veces cierto, tienen movilización para trasladar que eso es bueno, es bueno, porque le cuesta trasladar, o cuesta viajar igual a ver una Machi o el tema que le mande cierto, entonces Eso es bueno” (OGD).

Como queda expresado en el seminario de interculturalidad realizado a fines de octubre 2023, la unidad de salud intercultural en su rol de facilitar el proceso de atención tradicional, invierte tiempo importante en la identificación del Machi, ajustándose a las necesidades de las personas y sus familias. También consideran que las comunidades consultan directamente por sus propios medios y conocimiento del territorio históricamente, varias comunidades cuentan con sus sanadores tradicionales de preferencia, y cada vez es más común en alternativa a un tratamiento farmacológico por sus efectos secundarios, en éste sentido la medicina Mapuche se ha visto fortalecida en el territorio en el entendido que es una medicina natural y que muchas veces los tratamientos farmacológicos no trae buenos beneficios, como queda expresado en el seminario y por un usuario de salud mental Mapuche que consulta habitualmente a Machi.

“Hay varios funcionarios que están promoviendo la medicina Mapuche para evitar la farmacología y ese tipo de perfil llega a atenderse. . .” (OSI).

“Yo siempre llegaba a la conclusión a esa incomodes de estar tomando en el hospital Kallvu Llanka ese tipo de medicación huinca como se dice. Repletarse de cápsulas y si bien son buenas, pero los efectos secundarios son los que por ahí muchas veces atacan. . . si es incómodo cuando es mucha, cuando es mucha, mucha cápsula por decirlo así, Por ejemplo toma de día algo y como que me hinchaba” (E4).

Es habitual que el programa de salud mental se coordine con la unidad de salud intercultural en la articulación de una atención por un sanador tradicional. En el territorio las personas Mapuche viven de distinta forma su cultura y dependiendo del grado de profundidad o tradición, la atención adquiere mayor o menor complejidad. Para lo anterior, los profesionales del programa deben estar atentos y contar con los conocimientos necesario en la comprensión del fenómeno de enfermedad Mapuche, en otros deben acudir a la unidad de salud intercultural por asesoría que les permita adquirir mayor pertinencia cultural, lo que se entrelaza también con atenciones que son parte de la canasta de prestaciones convencionales en salud mental. Lo que queda expresado por dos profesionales del programa de salud mental extraído de mi cuaderno de campo.

“Para atención nosotros por lo menos en box es la misma, pero también se ve lo que es la parte cultural, o sea, se le dan otras opciones. Existe una especie de lenguaje entre comillas más que se debe abordar de otra forma no tan específica en la parte medicinal se podría decir o el tipo de enfermedades porque tiene otra visión del tipo de enfermedades, estamos hablando de salud mental. Se le da la opción a los pacientes de atención con Machí esto se hace una derivación interna hacia el área intercultural donde ellos captan el caso y hacen la atenciones necesarias para llevarlo a Machí” (OP1).

“Ahí en las prestaciones como más individuales, no es tan complicado insisto porque para nosotros la visión en la atención es integral siempre y tenemos para eso, cuarenta minutos, si bien nos tenemos que enfocar en el malestar, también en la comprensión del fenómeno que en general, en la individual no tenemos grandes dificultades. Hay usuarios que necesitan estar solos, a veces nos alargamos porque viene la familia completa, viene la usanza Mapuche, puede ser con su único cuidador específico, pero otros necesitan que toda su familia los

cuide y los acompañe, entonces ahí los recibimos, y otras veces también hacemos visitas y hacemos intervenciones en domicilio” (OP2).

En mi permanencia en el hospital se observan distintos relatos de experiencias de profesionales del programa de salud mental y de otras unidades, la realización de distintas actividades comunitarias o Tragünes, en las que se han levantado prácticas, demandas de la población Mapuche consultante e intercambios. También dichas actividades han orientado a la revitalización de la cultura y el fortalecimiento de la identidad Mapuche, con el sentido de valorar la cultura Mapuche y la identificación de factores protectores, lamentablemente la Pandemia como refieren varios de los profesionales y la demanda asistencial ha interferido en el mantenimiento de dicho trabajo comunitario, sin embargo se encuentran retomando tan valiosas experiencias, lo que queda expresado en el siguiente relato, sacado de mis registros de campo.

“por ejemplo, Tragünes por sector reuniones con gente de la comunidad que se identifique con la cultura Mapuche, principalmente hemos tenido experiencias súper diversas, así como desde talleres para recuperar tradiciones, que nos hemos encontrado con gente Mapuche, que vive en la urbe y que siente que hace mucho tiempo está desvinculado de las tradiciones, y que no recuerda pero parece que sí, algo sabe y ha sido súper interesante porque hemos llevado una ñaña que le ha enseñado, no sé, a tejer ñocha, a retomar trabajos en telares entonces conseguimos algunas Luquitas por ahí y hacemos talleres de telares y ha sido súper interesante porque mientras recuerdan la cosa práctica, la manualidad, están recordando su historia. Ha sido súper interesante trabajar con gente urbana Mapuche que estaba como un poco perdida por ahí, pero también hemos estado con personas de comunidad que te exigen pertinencia en las atenciones entonces también te dan” (OP2).

Un aspecto que queda en evidencia y sorpresa en el octavo seminario de salud intercultural desarrollado en octubre del 2023 (**ver fotografía N° 1**), por los distintos profesionales del auditorio y los expositores, es el inexistente trabajo colaborativo en el territorio de Cañete, entre la atención municipalizada y el hospital. Al comparar la experiencia que realiza Puerto Montt y a pesar, de los esfuerzos que existen por Cañete de implementarlo, incluso sin los protocolos interculturales que son la fortaleza del hospital Kallvu Llanka, existe una activa

coordinación entre el hospital y la atención primaria de Puerto Montt. Por otra parte, existe muy baja participación de las organizaciones de base o comunidades Mapuche y no Mapuche en Cañete, a diferencia de la experiencia de Puerto Montt que predomina la autogestión, autodeterminación y empoderamiento de las comunidades. Lo que queda registrado de la siguiente manera en el seminario.

“resalta el trabajo comunitario y en red que realizan los equipos en la experiencia de Puerto Montt, son las municipalidades quienes financian los facilitadores interculturales y lo sorprendente del trabajo en red en aps, en coordinación entre los distintos niveles de atención, lo que no ocurre en Cañete, expresado por los distintos asistentes mediante quejas y expresiones de desagrado, en algunos casos molestia por algunos” (OSI).

“la relación con la aps en el territorio de Cañete es distante. En cambio la facilitadora del programa de Puerto Montt, da un ejemplo en donde relata la coordinación paralela y de seguimiento que existe entre la aps y el hospital conjunto. En donde también se derivan y existen visitas guiadas, de como por ejemplo se va a hacer el parto, y el hospital entrega el instructivo de qué es lo que va a necesitar, una hoja de compromiso de que personas van a participar o la van a visitar, sobre la toma de Lawuen y la participación de la Machi. La Machi instruye sobre la temperatura del Lawuen y los horarios que debe tomar el Lawuen. Si bien dicho procedimiento no está protocolizado existe bastante coordinación entre aps y el hospital de Puerto Montt” (OSI).



Fotografía N°1 – Octavo Seminario Hacia la Interculturalidad en Salud: Diálogos y Desafíos en Nuestro Territorio. Organizado por el Hospital Intercultural Kallvu Llanka. Unidad Intercultural. Realizado los días 24 y 25 de octubre 2023.

Una posible explicación que surge de los participantes del seminario a la dificultad anteriormente expresada, que es la falta de participación de las comunidades y la inexistente colaboración con la salud municipal, es el origen del trabajo en salud intercultural. Por una parte, el trabajo en el territorio de Cañete se ha caracterizado por la intencionalidad que ha puesto el Servicio de Salud, en cambio en el territorio de Puerto Montt surge desde las comunidades, lo que hace una gran diferencia a la hora de evaluar sus resultados y avances en términos de participación social, compromiso, autogestión y vitalidad que adquiere el trabajo. Dicho trabajo, se gesta desde la autodeterminación de las comunidades a un trabajo colaborativo, lo que también se ve fortalecido por la permanente relación y coordinación que expresa el equipo de Puerto Montt, lo que se observa en el siguiente registro, extraído de las notas de campo.

“como reflexiones generales, las diferencias en la instalación del modelo como en Cañete se instala desde la institucionalidad, el servicio siempre define cómo va a funcionar y sobre las contrataciones; en cambio el trabajo en Puerto Montt se puede apreciar el trabajo desde sus bases o comunidades. Las relaciones fluidas, las comunidades definen el trabajo y avanzan en la gestión, ellos están en todas las organizaciones y espacios, en cambio en Cañete no existe. Elementos que sintonicen con más elementos de la comunidad. La cantidad de momentos que se reúnen y varias instancias rotativas fortalece su alianza. El cómo surge no es del equipo de salud sino desde las comunidades. Cómo canalizan los recursos. Se enfatizan las diferencias de cómo se implementa el modelo de salud intercultural. Los profesionales destacan que están en el proceso de salir de los box para hacer un trabajo más comunitario responsabilizan a la pandemia en el territorio, sin embargo desde mi punto de vista como observador y mi memoria histórica, la división entre la salud municipal y el hospital no ha sido tan distinta en el tiempo, y la participación de las comunidades es fluctuante más aún con lo que ocurrió con la pandemia, pero además con la militarización de los territorios de parte del Estado de Chile” (OSI).

Uno de los aspectos que me tocó escuchar de parte de los funcionarios y observar al revisar los registros clínicos, en un periodo de observación de tres meses en el territorio. En un escenario institucional si bien se promueve la atención intercultural, dicha prestación no existe como tal y tampoco tiene un valor asociado, tampoco se registran como tal en el sistema Rayen o en la ficha clínica

del paciente. Tampoco se visibilizan las coordinaciones y articulaciones en la unidad intercultural, solo queda registro de las atenciones dentro de la dimensión de atención del programa de salud mental. Es como si el programa no existiera, lo que genera una dificultad en términos de gestión financiera y visibilización del programa con pertinencia cultural, es lo que queda expresado en conversaciones con uno de los funcionarios de la unidad de salud intercultural.

“Entonces lo que te decía era, que si bien es cierto no es una prestación institucional no es parte de la cartera institucional, entonces en apariencia pareciera ser cuando tuve el listado de prestaciones que tenía en el hospital, que si no aparece dentro de lo formal, es porque no existe como tal del punto de vista institucional, o como entendemos nosotros la prestación no existe como prestación, la atención de Machi en nuestro hospital porque nuestros agentes de salud no quieren ser prestadores de salud, no quiere ser parte del sistema” (OAI).

Se observa que existe el consenso que falta difusión de la unidad de salud intercultural, es lo que expresan personas que participaron del grupo de discusión en la comunidad de Reputo.

“si yo he escuchado pero no he ido nunca, solo que había una unidad de interculturalidad, tampoco me he metido mucho ahí, entonces no sé en qué consiste eso ahí” (OGD).

“Eso falta, eso falta más difusión, que lleguen acá a las comunidades, que den acá como una demostración de lo que ellos hacen, que pueden hacer porque yo entiendo que es una alternativa barata . . . yo una vez estuve cuando era presidente de la comunidad, estuvo la Meli Pillao y parece que estuvo la unidad cultural, así pero como algo general no más, no pu, la idea es que esté con las comunidades, la gente, porque nosotros como dirigentes, a veces no tenemos mucha capacidad como para informar todo, porque a veces el público se conforma con que no si tenemos presidente” (OGD).

b) La modalidad de atención que se desarrolla de forma ambulatoria en un escenario denominado **Atención Hospital**, incluye atenciones individuales, y acciones preventivas. Dichas atenciones se desarrollan en un contexto donde prima la biomedicina y no se observa acciones con pertinencia cultural.

Algunas de las acciones que se puede apreciar, son las distintas atenciones que son parte de la canasta de prestaciones habituales en salud mental. No

diferencian mucho la población atendida y se caracteriza principalmente por ser realizadas en el box. Se utilizan algunas herramientas propias de la psicoterapia, en donde se establecen registros de la experiencia discrepante a través de bitácoras, propios del entrenamiento de un método de exploración, lo que queda expresado por un usuario Mapuche del programa y en mis notas de campo.

“Me dio algunos consejos, que cuando quisiera conversar que ojalá estuviera con algo en las manos, porque vio específicamente que las muevo mucho, empiezo como a pellizcar o cosas así. El tema de cómo se llama, las puntadas al pecho que ojalá anotara los momentos que me pasara, cualquier situación cualquier dato que hiciera al respecto. El tema cuando durmiera mal también, que escribiera cualquier cosa, pero que sea el por qué, cómo para tener algo con qué hablar con la psicóloga o el psicólogo. No lo había hecho esto nunca pero me pareció extraño” (E3).

“el programa funciona gradualmente con tres profesionales ya, que se llama el PROSAM programa de salud mental, dónde están los médicos, los asistentes sociales y los psicólogos ya, entonces se trabaja de manera conjunta dependiendo de las derivaciones o de las problemáticas que presenten los pacientes los usuarios. Con respecto a los que me preguntas, a la interculturalidad nosotros hacemos atención cerrada en box ya, y se le da la opción a los pacientes de atención con Machí esto se hace una derivación interna hacia el área intercultural donde ellos captan el caso y hacen la atenciones necesaria para llevarlo a Machi” (OP1).

Otra actividad frecuente de encontrar en box, es orientar en la prevención y psicoeducación de una persona Mapuche. El presente relato promueve una buena convivencia, y paralelamente, orienta en los cuidados de su enfermedad, como lo expresa en el relato la usuaria del programa y además, unos de los profesionales, extraído de mis notas de campo.

“ella igual me decía que no tenía que desquitarme con mi pareja, porque no era culpable de esto cualquiera puede tener una enfermedad, lo importante que para que usted no tenga dolor y todo, tiene que tomarse sus remedios y hacerse el tratamiento que le dijo el médico no más, para que se sienta bien. Pero hasta el día de hoy, gracias a dios he estado bien, fíjese, nada que decir o sea igual como que se me pasó porque en el fondo me estaba dando como depresión. Cuando me nombraba la enfermedad era como que fue pa mí, tener la artrosis como que yo me iba a morir y la cosa no era así. Es que la desconocía la enfermedad” (E2).

“las duplas psicosociales están para todos los otros profesionales generalmente ellos también captan problemáticas de Matrona, los PAP alterados, las depresiones post parto, el enfermero también capta depresiones, Edimburgo o problemáticas más sociales o la nutricionista también por el tema de peso generalmente gente con depresión, con ansiedad y estos casos hay que ir abordándolos rápido, porque también tienen sus metas estamos enfocados también en las metas, los Edimburgo tiene que ser en una semana” (OP2).

En una actividad de promoción programada entre el Municipio de Cañete y el Hospital Kallvu Llanka a fines el mes de septiembre, sobre el día internacional del Alzheimer (**ver fotografía N°2**), distintos testimonios de pacientes van dibujando el tipo de atención brindado por el hospital, lo que también se expresa en la actividad promocional, donde se encuentra ausente el componente de pertinencia cultural. La actividad se muestra con énfasis en la población general, tanto en sus dinámicas promocionales, sus intermedios artísticos en donde predomina la cueca y solo actividades tradicionales Chilenas, a pesar que la comuna de Cañete presenta alta concentración de población Mapuche, así queda expresado en mis notas de campo en mi asistencia a dicha actividad.

“En su relato un usuario da las gracias al Hospital Kallvu Llanka por los gestos del mismo, refiere que se sintió tan bien en la atención que lo comparó a atenderse mejor que en una clínica privada, y si bien como familia apoyaron todo el proceso no hubiera sido lo mismo sin el apoyo del hospital” (OAP).

“Llama la atención lo formal y protocolar de la actividad, es una ceremonia muy solemne con una estricta pauta protocolar. Los maestros de ceremonia son el psicólogo de la unidad de neurorehabilitación y la encargada del área de comunicaciones del hospital. Posteriormente se presenta un grupo folclórico, la gente acompaña con las palmas y un pie de cueca, las personas aplauden al finalizar” (OAP).

“Una primera situación es una persona adulta con demencia que se encuentra en su cama y se dispone a dormir, sin embargo despierta en la noche y comienza a gritar, a lo que la asiste la cuidadora que es su hija y de forma bastante brusca la amenaza, grita e intenta callar, finalmente la termina amarrando al respaldo de su cama. El público mira la actuación con cara de sorpresa la escena y se muestran bastante involucrados en la representación realizada por una actriz y un miembro del equipo de vestimenta urbana. El moderador luego de exponer ambas escenas, conversar de las diferencias, introduce

elementos conceptuales, señala los síntomas y signos del Alzheimer, habla sobre la disminución de la sintomatología tras el buen manejo, incorpora bastante lenguaje técnico, habla de los desafíos del programa y la comunidad, de la importancia de la colaboración. En el contexto de la actividad gran parte de los participantes presentan características urbanas, en su forma de vestir y apariencia” (OAP).



Fotografía N°2 – Celebración del día internacional del Alzheimer. Actividad promocional organizada por el Hospital Kallvu Llanka y la Ilustre Municipalidad de Cañete. Fue realizada el día miércoles 27 de septiembre del 2023.

Una de las unidades clínicas de alta complejidad en salud mental es la unidad de corta estadía (UCEP), que a pesar que se encuentra en un territorio de alta concentración de población Mapuche, no ha realizado las adecuaciones de atención con pertinencia cultural, como lo expresa un usuario que fue derivado a dicha unidad.

“me daban remedios, unas cosas que eran para equilibrarme, Quetiapina era algo que me daban, no me acuerdo bien. Lavarse los dientes, que levantarse temprano, de hacer cosas manuales. La terapia fue de tranquilizarme más que todo, bajar la neura, porque ya había estado. Bueno la relación Mapuche, nada, que yo tenía que hacer más cosas manuales y estar más, por ejemplo y en un estado más fijo, como más tranquilo. Que trabajos motrices, con las manos. Personas que eran terapeutas ocupacionales y eso me hizo bien, empecé a hacer cosas manuales, que igual estaba en la casa donde estoy, y me ha servido, pero igual me faltan cosas, por estar tranquilo completamente” (E4).

El modelo que prima en la atención primaria es el de salud familiar, que se caracteriza por dividirse en sectores, que a su vez se encuentra representado por colores que se distribuyen en cuatro territorios, de los cuales el sector azul es el que presenta la mayor cantidad de población rural y a las comunidades con población Mapuche. Dicho modelo ha sido implementado desde el proceso de cambio del hospital y en la actualidad sigue vigente, contando con una jefatura profesional. El modelo de atención aún considera tiempos reducidos de atención, debido a la alta demanda y el sistema de prestación tradicional para población general, no considera la cultura en los ritmos de atención o estrategias que se ajusten a los tiempos de las comunidades Mapuche, gran parte de los reclamos son por dichos tiempos de atención reducidos. Es lo que queda expresado por una usuaria y además registrado y extraído de mi cuaderno de campo en el relatos de profesionales.

“Como muy apurados, como que alguien le está diciendo oye apúrate, una cosa así, si uno sabe que más atrás, tiene más atrás de uno tiene más pacientes, pero igual ellos tienen que respetar a la persona que la están atendiendo primero” (E2).

“En el hospital se encuentra los sectores azul, rojo, verde, y amarillo. Las atenciones por médico son de 12 minutos. Las unidades que tienen relación a salud mental son la UCEP (corta estadía) que queda en el ala sur del hospital, el COSAM fuera del establecimiento, el hospital de día, PROSAM APS, y es la farmacia la que distribuye los medicamentos a las distintas instancias” (ODSM).

“Es el modelo que trae salud familiar en el fondo, supuestamente de hacer cierta cantidad de horas en atención en box, otras visitas domiciliarias y siempre generalmente la tendencia es más atender en box, que más visita a domicilio, pero también tiene que ver por un tema de espacio en el hospital tiene que ver por un tema de movilización porque los lugares nosotros no es como va a salir de la ciudad caminar una cuadra y nos encontremos con un paciente, acá los lugares son extensos entonces claro una visita te puede llevar a un lugar en cuarenta minutos y una hora. Por lo menos en nuestro sector” (OP1).

Dentro del hospital se encuentra la unidad de corta estadía que cubre la demanda provincial, y como lo mencioné anteriormente es una instancia clínica de salud mental de alta complejidad. El resto de las unidades ambulatorias de mayor

complejidad dependen administrativamente del hospital. Registrado en notas de campo de mi diario, sobre la visita a la unidad.

“la encargada me lleva a una visita guiada a la urgencia y la UCEP (Unidad de corta estadía psiquiátrica). Lugar ubicado en el primer piso con bastante seguridad, se debe avisar el ingreso y la enfermera lo debe autorizar, es un lugar restringido de alta complejidad. En la oficina de profesionales se encuentran 3 enfermeros quienes se presentan, una supervisora y el médico psiquiatra a cargo. Refieren que desde el año 2018 no existe alguna internación con pertinencia cultural, no cuentan con psicólogos hace bastante tiempo, por tanto son ellos (enfermeros) quien realiza la contención emocional y la encargada de salud mental refiere que podría ser una buena idea participar de una de las reuniones de la UCEP para observar su abordaje, a lo que el psiquiatra a cargo, refiere que debo enviar un correo electrónico para revisar la propuesta a pesar que se ha explicado que es el Servicio de Salud quien me ha autorizado y todo se encuentra en orden. El mismo refiere que es una unidad clínica y que carece de orientación comunitaria, sin embargo lo evaluaré. A lo anterior, le respondo que la UCEP se encuentra en un hospital que declara promover una mirada intercultural” (OE).

En mi estadía en el hospital pude observar la dinámica diaria en que se desarrollan las atenciones y el tránsito de personas en la medida que avanza mi jornada (**ver fotografía N° 3**). Se puede apreciar que las personas muestran una actitud cómoda, relajada, en algunos momentos risas y bastante confort lo que se aprecia en su forma de expresarse, de conversar, su espera y amabilidad en los pasillos. Salvo la infraestructura alusiva al tema Mapuche y su señalética en lengua Mapuche, no son distintos de un hospital urbano, algunas diferencias tienen relación a la alta presencia de personal de seguridad, la tranquilidad de los usuarios en los distintos espacios y el silencio en que se desarrollan las atenciones en sus dependencias, lo que queda expresado en las notas de campo de una jornada de mañana.

“Desde el lugar en donde me encuentro se aprecia una fila de 4 personas las que se encuentran retirando medicamento en una ventanilla habilitada para dicho fin en donde un funcionario atiende al público. En la medida que avanza la mañana la fila de la farmacia aumenta a seis personas. En el mesón central una funcionaria dispuesta a la atención de público, sólo una o dos personas solicitando

orientación bajo flujo en general, de uno a tres personas se pasean por el lugar central en el pasillo derecho al costado de los ascensores transitan dos personas que se dirigen a la puerta principal otras se dirigen al ala sur del hospital. Comienza a aumentar el flujo de pacientes acercándose las 10:15 hrs, un señor se pasea con un bebe en brazos por el pasillo, las ventanillas para solicitar horas dispuestas frente el mesón central solo se puede ver algunas personas ateniéndose. La mayoría de las personas que transitan por el sector central son de características urbanas. El ingreso de personas por la puerta principal que es amplia y de vidrio es lento, se observan dos a tres personas espaciadamente, dichas personas que ingresan en ese momento se dirigen a la farmacia que se encuentra en el sector que me encuentro. Pasa una madre con su hijo vestido de huaso, ya que me encuentro pronto a la celebración del 18 de septiembre. A la mano derecha que me encuentro luego de la estación en que hay un guardia atendiendo público, está la oficina de informaciones, reclamos, sugerencias y felicitaciones de la OIRS. Solo se observa una persona y un funcionario atendiendo a dicha persona” (OE).

“Se observa bastante interacción entre profesionales y el público, constantemente los llaman para su atención, salen de los pasillos diferenciados de atención a dar una indicación u orientar a los paciente, bastante movimiento de personas en dicho sector (OE).

“Las personas son llamadas por los profesionales una a una y comienzan a acercarse al sector de los box, que queda pasando una mampara de vidrio, todos son acompañados por los funcionarios de salud del hospital” (OE).

“Una mujer discute con un hombre brevemente, al parecer una pareja, la situación se resuelve rápidamente y todo vuelve al silencio, silencio además que es algo constante en el lugar. En la sala de espera hay personas de la tercera edad, adultos de edad media, jóvenes y niños, todos muy abrigados, chaquetas, gorros que lo protejan del frío, el día se encuentra nublado y frío, el hospital se encuentra calefaccionado. Continúan a viva voz llamando los profesionales a las personas. Una mujer al ser llamada asiste a su madre que se dirige a su atención, la acompaña del brazo, es una persona adulto mayor” (OE).

“A pesar del movimiento de personas, la rotación y que son llamados, me llama la atención que todos permanecen en silencio y tranquilos, algo distinto a salas de esperas de hospitales urbanos de ciudades más grandes. Nuevas personas siguen llegando hay una alta aglomeración de personas sin embargo el espacio es adecuado y todos logran estar sentados y pocos de pie” (OE).

“10:51 – Lllaman a un paciente para la atención una técnico paramédico, que se distingue por su uniforme de color celeste. 10:52 – Lllaman a un paciente, una madre joven con su hija una enfermera, que se distingue por su uniforme color azul. Esa es la frecuencia de llamado cada un minuto, cada dos minutos, no sobrepasan los tres minutos. Las personas que fueron controladas vuelven a la sala de espera por su pronta atención. La madre joven con su bebe vuelve a la sala de espera. Las personas del SOME van llamando a las personas. Los paramédicos llaman por su nombre a las personas para su atención. El número de personas en estos momentos es de 28 personas. Se llama a dos personas seguidas de apellido Mapuche, también algunas personas se retiran por que han sido atendidas. Se incorpora un guardia al sector de ingreso de atenciones, de chaqueta roja y se sienta en una silla dispuesta frente de la sala de espera, al ingreso de la mampara que separa los box de atención, se ve que controla el ingreso y los funcionarios siguen llamando a personas para sus atenciones. 11:28 – me dirijo al sector de la farmacia ala norte del hospital a observar, me siento en una de las sillas habilitadas para el público frente a las ventanillas de atención, en donde se observa que existen tres habilitadas, cada una está siendo atendida por uno o dos funcionarios. Se observan 30 personas en el lugar, algunas sentadas otras de pie esperando y otras en filas distintas a las de la farmacia, ya que existe otras ventanillas alrededor que tienen una función distinta que la farmacia, por ejemplo gestión de interconsultas, solicitud de horas de especialidad como señala la ventanilla en letreros” (OE).

“Un monitor grande orientado al público que indica el número de atención que corresponde para dirigirse a su atención en ventanilla. A viva voz y por altoparlantes, que por lo demás su volumen es bastante alto, va llamando los números a su atención, números de papel retirados por los usuarios por medio de un dispensador. El lugar en general es amplio y luminoso, con grandes ventanales a los costados y bastantes sillas para la espera. Un guardia se encuentra en la sala frente a los usuarios, vestido con un chaleco antibalas rojo. Una niña juega en el piso mientras la madre la recoge. Tranquilamente la gente se va acercando mientras son llamados por altoparlante. A través de las ventanillas de retiro de medicamentos se aprecia como los funcionarios rápidamente van resolviendo los pedidos, preparando los sobres de papel para ser despachados, el lugar no es muy grande. Se observan los estantes y recipientes plásticos en que se encuentran las cajas de medicamentos, son de color azul, se observan cuatro funcionarios que van organizando los pedidos de medicamentos. Es un lugar bastante concurrido y de rápida atención, bastante movimiento de personas, bastante rotación de personas. Las personas se muestran tranquilas a pesar del alto movimiento, pacientes en la espera muy amables entre ellos, así también con los funcionarios que los atienden” (OE).



Fotografía N°3 – Sala de espera y Sector de amamantamiento Hospital Kallvu Llanka. Registro fotográfico visita entre el 25 al 31 de agosto 2023.

La disponibilidad de horas en el hospital asociado a la demanda asistencial, es un elemento que se acrecentó posterior a la pandemia COVID, lo que queda descrito en las experiencias de usuarios Mapuche del programa de salud mental.

“Lo malo que hay ahora que no quieren dar ficha, lo único malo que hay, yo me atendí hasta mayo parece, de ahí ya me dejaron de lado” (E5).

“Lo único que yo quiero que me atienda el médico, porque yo ahora mismo tengo unos exámenes que me los tomé ahora el catorce, recién éste mes que pasó ya, éste mes de septiembre el catorce me lo tomé y ahora cómo lo voy a ver, claro que ellos me atienden pero no hay ficha” (E7).

“Ahora como que me tienen un poquito bota (ríe). No me han llamado, por ejemplo, así como la psicóloga” (E2).

c) La modalidad de atención basada en prácticas medicinales ancestrales que participan personas, familias y la comunidad, realizadas por agentes tradicionales Mapuche y que contempla atenciones por Machi, Lawuentuchefe, entre otros, las he denominado **Atenciones Medicina Mapuche**. Corresponden a prácticas de sanación que en el territorio de la provincia de Arauco aún funcionan de forma autónoma al modelo médico hegemónico imperante.

Para iniciar, es importante destacar que el concepto de salud mental es inexistente en la cultura Mapuche, sin embargo las personas Mapuche que se

atienden en el programa de salud mental, también consultan simultáneamente a un sanador tradicional, expresados en el siguiente relato.

“uno siempre, uno el Mapuche toma la orina, y la orina se la lleva a la médica, en un frasquito, la médica le va diciendo que es lo que tiene, cuál es su enfermedad, todo que. . . le va diciendo. . . un dolor de riñones, un dolor de espalda, un dolor de... de ovario todo” (E7).

“Por lo general uno no no no acude, el tema mental uno no acude a la Machi por el tema mental no acude. Uno cuando ya está por ser la niña, si ya vio hospital, iglesia, ya ahí uno va, ahí uno va donde la Machi, que haga un Datun no sé, Machitún que le llaman, pero ahí uno va a las Machis” (OGD).

“si yo voy por una pena, ella no me va a dar remedio para la pena, si yo por lo menos yo tengo (ríe) me pasa algo a mí (con voz fuerte y enfática) entonces yo si voy a la médica ella me va a decir, su ánimo está mal (con actitud calmada, simulando a la médica) no está bien, usted tiene que tomarse una receta de remedio o me lo da ella, en veces sí. Lo hace, entonces como que ya uno levanta el ánimo” (E7).

La atención simultánea también queda expresada en conversaciones con funcionarios del programa como algo cotidiano en la población Mapuche, no necesariamente impulsada por los sistemas de salud occidental, sino en una relación dinámica arraigada en la historia del territorio. Ambas medicinas conviven a pesar de ser epistemológicamente muy diferentes. Rescatado de las notas de campo.

“el paciente que ve la medicina Mapuche habitualmente es el que vemos en la atención primaria, ese requerimiento aparece en la atención primaria porque es alguien que convive con esta medicina Mapuche” (OAI).

“Pero sí los pacientes que conviven con la medicina Mapuche es cuando estos pacientes de especialidad ven que esta situación es grave recurren a su creencia también y al mismo tiempo a la simultaneidad con la medicina de especialidad” (OAI).

Distintas son las motivaciones que hacen que una persona Mapuche opte por una atención de medicina Mapuche u occidental, una de ella relacionada a verse enfrentada a una transgresión generada por su propia responsabilidad y que la definición de la obligatoriedad que ofrece la Medicina Mapuche en el cumplimiento

de ciertos escenarios o ritos para avanzar en la recuperación se encuentran en cierta contradicción personal o conflicto, que limita el enfrentamiento del Kütran. El poder elegir está asociado a su libre autodeterminación, lo que para esta mujer Mapuche representa una oportunidad, como lo expresa en el siguiente relato.

“lo que pasa que uno entiende, como Mapuche que el kütran, la enfermedad, el Kütran es algo que se toma de uno, uno como Mapuche, la enfermedad lo toma a uno, entonces hay dos posibilidades, uno se protege de la enfermedad y no hace cosas que sabe que puede la enfermedad incluirse en tu ser y la otra es que uno se incluye en la enfermedad, uno busca el Kütran, uno hace cosas para que uno se enferma en este caso, y en éste caso para mí fue muy complicado porque lo que yo sentí que me estaba sintiendo mal, que yo sentí que yo hice algo. Entonces ahí, cuando uno hace algo uno sabe lo que tiene que hacer es salir, tiene que salir de ahí y en ese caso yo sé que podría ayudarme con la salud Mapuche, pero lo que me complicaba mucho y lo que me complica, es que yo sentí que entró en parte por algo mío, de mi propia sangre que es mis hijos. Entonces uno como le decía yo a la señorita, a la lamngen, le dije, yo no puedo lo que mi corazón me dicta, mi Pëlli (alma) me dicta, mi mente me dice y me dice que yo tengo que luchar contra ella en este caso y yo no puedo, yo no quiero mi mente, mi mente mi racionalidad, me dice que no pu, que no puedo hacer eso. Entonces ahí se produce ese corto circuito, la desconexión y por eso yo no recurro al tema Mapuche porque, o sea a la medicina Mapuche, porque yo sé lo que tengo que hacer, entonces para mí por eso es complicado y por eso yo siento que el programa o en este caso los profesionales que he hablado siento que ellos tienen esa respuesta, ellos me pueden guiar a lo mejor, quizás para allá, esa es mi esperanza eso es lo que yo quiero pero también siento que tienen que estar las condiciones” (E1).

La fe como elemento espiritual y motivacional, adquiere un protagonismo importante en la cosmovisión Mapuche y es el corazón de su medicina, su presencia hace la diferencia en el resultado del camino a su bienestar, es así como lo expresan los miembros de una comunidad Mapuche que consultan al programa.

“Depende de la fe como se dice en chileno, depende de la fe, algunos tienen más fe en la iglesia, algunos más fe en las Machi cierto, yo sé que las machis siempre vienen de afuera, personas del norte vienen acá, a atenderse a las Machis, y tienen hartito contacto con las Machis” (OGD).

“yo he sabido de igual modo un sobrino, igual le lleva el humor, cierto, un Machi, y que no tuvo fe la pareja que tenía y no se tomó el Lawuen, o hubiera estado vivo hoy día” (OGD).

“Hemos sabido de un joven de veintidós años y el Machi le pilló la enfermedad y el hospital no le pilló la enfermedad, así no más falleció. Entonces no tuvo eso, la pareja que tuvo no tuvo la fe, que no era Mapuche obviamente, era Chiñurra como decimos nosotros, una huinca chilena, no es la misma fe entonces uno igual tiene fe cuando ya no hay como decía delante cuando no hay, la solución del hospital ya uno busca una solución con los Machi y también le llevan el humor” (OGD).

Un aspecto importante, pero que es menos evidente por su uso habitual, tiene relación a prácticas de autoatención de la población Mapuche y asociado al conocimiento adquirido históricamente y es la utilización de distintas hierbas medicinales o Lawuen, en su uso cotidiano para distintas dolencias y que no están intermediado por un sanador tradicional.

“mi mamá, porque mi mamá siempre se hacía agüita de hierba de todo y anda impecable la viejita, con pura hierba medicinal no más, muy poco que usar el hospital, ahí tengo romero cuestión o si no al campo hay tanta cuestión” (E6).

En el mundo Mapuche existen distintos códigos en la relación de cuidado y sanación, todo encuentra un orden que es importante mantener, de dicho orden depende el bienestar del paciente y también del Machi, lo que resulta relevante conocer. Es lo que expresa un Mapuche de la comunidad y un profesional de la unidad intercultural.

“hay distintas cosas, hay una cosa que estaba hablando de la comunidad que sería el Lonko que es el que lleva un orden, pero en las ceremonias ahí están los Konas. Los konas son como soldados, no sé, en orden, los Konas siempre hacen el ordenamiento. En los Guillatún, los Curiches, ellos tienen la orden de hacer eso, cualquier cosa que salga mal, si alguien está grabando con un teléfono quitárselo y echarlo al fuego, está permitido. No cualquier cosa, un curiche lo puede sacar de una ramada y lo vota lo vota no más” (OGD).

“una Machi por ejemplo, un lonko es una autoridad, que siempre tiene un círculo de protección, de atención de lo que sea, pero es difícil que uno llegue directamente a esa persona. Llega el médico y dónde está la paciente, va directamente, no. Sí hay una Machi es porque hay

alguien que la está cuidando y no podemos pasar por encima de ella porque esa es una transgresión, porque eso afecta la energía del cuidador y esa energía negativa va afectar a la Machi. Entonces, tiene todo un sentido mucho más profundo de lo que estamos comentando, pero repercute” (OAI).

Sobre el origen de la enfermedad Mapuche centrada en el equilibrio/desequilibrio, la energía positiva/negativa que circunda su cosmovisión, resulta de fundamental conocimiento en el camino de cada Mapuche, así también para el equipo de atención. Lo que queda expresado por un funcionario de la unidad de salud intercultural.

“las enfermedades Mapuche tienen distintos orígenes desde que tú puedes ir caminando y se te cruza un Trafentu (espíritu negativo que afecta o perjudica cuando la persona ya está vulnerable o en estado de desequilibrio) que se llama un viento malo, lo respiraste te enfermaste, la transgresión, que tiene que ver con estar en un espacio donde hay un Ngen (dueño de alguna entidad) cuando no pides permiso ese Ngen se enoja y te enfermó, te llevaste una enfermedad de ese lugar, o transgresiones que tienen que ver con aspectos ceremoniales por ejemplo si una mujer embarazada va a un funeral, puede en el funeral Mapuche tiene distintas etapas, la primera noche se prepara a este espíritu para que viaje y la primera y segunda noche la tercera noche se supone que sale del cuerpo y la cuarta se va, son cuatro noches o tres noches y cuarto día. La cosa es, que hay momentos de este proceso donde las mujeres embarazada no pueden estar porque el espíritu no quiere irse y a veces se puede pasar a un bebé, él bebe no tiene resistencia o puede que una parte mala de este espíritu se quede y puede quedar en un bebé, ahí también hay otra forma, hay otra Mapuche Küttran, y hay distintos casos de cómo enfermarse o cómo tener una enfermedad Mapuche, lo que nosotros más nos encontramos aquí, es con enfermedades producto de las transgresiones, porque hicimos algo incorrecto, estuvimos en el lugar inadecuado donde no pedimos permiso a los guías. Son enfermedades absolutamente espirituales, y esto que le hicieron un mal. Yo siempre he dicho que nosotros tenemos un vínculo muy fuerte con salud mental, muchas de las patologías que se dan en el área de salud mental tienen una relación con lo espiritual desde el punto de vista de la cosmovisión Mapuche, la enfermedad siempre empieza en el plano espiritual y cuando se manifiesta en el cuerpo, es porque ya lleva tiempo en el cuerpo, a diferencia de lo clínico que lo primero es ver los síntomas clínicos en el cuerpo y después como repercute en los psicológico, acá es todo al revés, cuando la persona ya tiene un problema en el cuerpo es porque aquí hay algo que está hace tiempo, por eso que para los Machi es súper importante saber desde cuándo está así” (OAI).

Se aprecia en los relatos de miembros de una comunidad Mapuche que, el consumo problemático de alcohol en las ceremonias genera tensiones en la convivencia de las comunidades y sus miembros, distintos conflictos y peleas, alteran el orden de sus ritos y ceremonias, lo que interfiere en la práctica ancestral, perjudicando al Machi como autoridad espiritual. El llamado a querer prohibir el alcohol no solo surge del Machi, sino de sus divinidades que otorgan salud y protección a la comunidad, lo que se describe en los relatos de una persona Mapuche.

“Sí, la ceremonia hoy día sí está afectando harto. Los espíritus los pulonko se enojan, se enojan, se enojan y el que sale afectado son los Machi. A quien castiga al Machi. Entonces cuando hay alcohol, los espíritus se enojan, un desorden, porque igual no hay un orden, en los guillatunes en todas las ceremonias, hay una estructura, un orden, y si no sale bien ese orden, no salió bien el trabajo, los espíritus se enojan” (OGD).

“en los guillatún se están prohibiendo el consumo de alcohol, no es que de nosotros, bueno nosotros igual, pero de arriba nos están mandando (divinidades) No quiere más alcohol, algunas veces hay roces entre Peñis, entre comunidades y es un sitio sagrado dónde se hace el guillatún entonces que hay un roce, una pelea, mancha el sitio sagrado. Entonces por eso dicen que no más alcohol para que no haya problema” (OGD).

d) Si bien no es tan habitual que los profesionales del hospital se inserten para una **Atención en Comunidad**, situaciones que impliquen mayor complejidad para el bienestar de la salud mental o acercar la salud a las personas, distintas actividades de promoción, prevención y atención son programadas para dicho propósito. Si bien se desarrolla en un contexto en donde prima la biomedicina, algunas veces incorpora atenciones con pertinencia cultural.

Del registro de observaciones etnográficas extraídas del diario de campo, se aprecia la conformación de promotores de salud mental en los colegios como estrategia de trabajo, talleres en colegios y visitas domiciliarias como queda expresado en el relato de una de las profesionales en el contexto de una reunión clínica y coordinación.

“los promotores puntualmente son personas que son Mapuche o no Mapuche, por ejemplo la escuela, el politécnico, casi todos los niños son Mapuche. Por ejemplo, pero que lo interesante de eso es que ellos tienen herramientas para ayudarse a sí mismos y están atentos, ayudan a otros y ellos hacen derivaciones de forma oportuna, pero es un desarrollo de estrategias que tú ves, pero con gente que tiene o la habilidad previa como que ellos no llegan a cualquier persona a ese espacio, no cualquiera que se preocupa del resto y así ocurre en organizaciones, está formalmente establecidas como organización de forma, no sé un agente clave X, una persona que no esté liderando nada, un vecino puede que pase. Un profesor en el caso de los jóvenes de los colegios” (OE).

“existen talleres en colegios y algunas visitas domiciliarias por requerimiento específico y talleres en coordinación con COSAM. Gran parte de las actividades fueron disminuyendo por el factor pandemia y no han logrado retomarlo del todo. Gran parte de las actividades se ven mermadas por la atención asistencial” (OE).

Debido a que el sector azul del hospital presenta mayor concentración de población Mapuche rurales, en mi permanencia en el territorio pude acompañarlos a una ronda de salud rural (**ver fotografía N° 4**). Coordinados con la directiva de la comunidad, se despliegan en su totalidad movilizando una serie de recursos humanos y físicos para brindar una atención integral en los lugares alejados que habitan las personas, lo que es bien recibido por la comunidad debido a que fortalece la cercanía entre el personal de salud y el territorio, así como también permite adentrarse en la dinámica de convivencia de la comunidad. Lo que queda expresado en mis notas de campo.

“La actividad se enmarca en las visitas mensuales o bimensuales a distintas localidades del radio rural que realiza el sector azul coordinados con la directiva de la comunidad” (OOA).

“En el operativo del Hospital Kallvu Llanka se puede observar un despliegue del equipo conformado por nutricionistas, asistente social, psicólogos, médico, matrona, dentista, cuentan con dos móviles, uno para dental, otro de control ginecológico para matrona y transporte para traslado de profesionales el cual se han desplegado en una sede de la comunidad, un antiguo colegio, en un espacio abierto, en una comunidad que no cuenta con tantos habitantes, en un campo bien grande, con bastante dispersión geográfica, las familias se encuentran distante, una de otras y el dirigente su directiva, se ha dispuesto a colaborar desde preparar el lugar para la atención, la limpieza, su

calefacción con leña e incluso con la alimentación, incorporando desayuno, almuerzo, y distintos apoyos para los asistentes” (OOA).

“Se observa que la matrona es activa en promover una serie de atenciones, controles preventivos de cáncer cervicouterino, revisión preventiva de mamas, acciones preventivas de cáncer, pasa volantes en la medida en que las personas se van atendiendo, el psicólogo también es activo en conversar con las personas, pasar volantes y promover atenciones de salud mental, principalmente alcohol y depresión” (OOA).

“En dicho espacio el flujo de personas es de aproximadamente 30 personas atendidas. Se desarrollan actividades de prevención, promoción, controles médicos y en el caso de salud mental actividades preventivas de apoyo y orientación mientras las personas esperan” (OOA).

“A las 14:00 hrs se retoman las atenciones, se observan siete controles médicos, las personas son atendidas en un espacio en que hay un biombo y primero los paramédicos antes de ingresar toman la presión, control de temperatura y registro de signos vitales en general. La asistente social atiende algunos casos coordinada con otros profesionales y el psicólogo refiere que su rol habitual en estas actividades no es atención directa sino más bien promocional, desarrollo de charlas, talleres breves mientras se realizan las atenciones. El día anterior, debió venir a la localidad a repartir horas y confirmar la asistencia, va casa por casa promoviendo que las personas participen. Se ve que su rol es de apoyo” (OOA).



Fotografía N°4 – Ronda de salud rural Hospital Kallvu Llanka. Comunidad de Reputo comuna de Cañete. Registro fotográfico día 24 de octubre 2023.

Una de las limitaciones en la atención en comunidad es el aislamiento, la lejanía de los centros urbanos, la falta de locomoción y el dinero que requieren las personas de las comunidades para trasladarse habitualmente para recibir sus atenciones. Como lo refieren las personas que participaron de la ronda rural, el trabajo comunitario y la cercanía a la comunidad, es un requerimiento permanente de las comunidades, sobre todo en la posibilidad de establecer una relación estable y permanente en el tiempo, es lo que refiere uno de los dirigentes y una asistente que participó de la ronda de salud rural.

“hay hartas cosas que hacer, entonces uno no es lo mismo, uno igual se le pierden algunas cosas, algunas cosas técnicas, que le puede decir a la gente, no es igual cuando ellos llegan a una comunidad a un territorio y vengan aquí a exponer, que lo que hacen ellos, cuál es la facilidad de la interculturalidad que ellos tienen esto para nuestras comunidades pero acercarse acá, en terreno, porque cuesta que la gente vaya para allá, cuesta, aquí nosotros no hay locomoción colectiva nada, aquí estamos aislados, entonces eso falta yo creo, falta que se acerquen a los territorios, a la gente, no tan solo a los dirigentes, con la gente” (OGD).

“muy agradecida que hayan venido acá, sobre todo a todos los vecinos, porque igual se hace difícil, por ejemplo hay gente que no tiene el tiempo, a veces la locomoción, y es una gran ayuda que hacen para todos nosotros” (OOA).

Debido a que éste tipo de operativos no son muy frecuentes en la comunidad, llama la atención la dinámica que adopta las personas frente a la visita, retraídas y en silencio, y a su vez muy amables y dispuestas a colaborar de su atención, recibiendo cordialmente a los profesionales, es lo que se expresa en palabras del dirigente. Extraído de mis notas de campo.

“Ellos son una directiva nueva que está trabajando este año y como parte de los compromisos es coordinar este tipo de rondas. Al parecer el dirigente comenta que las personas son un poco reacias a atenderse a pesar de que los profesionales vienen al lugar, porque al parecer no existe la cultura de poder acudir. Esto ocurre principalmente en esta comunidad, en otros lugares, al parecer ha existido mayor concurrencia de las personas por lo que comentó anteriormente la coordinadora de sector” (OOA).

“De repente la gente por las personalidades, porque la gente de campo es como más reservada, algunas personas, entonces de repente faltaron algunas...” (OOA).

e) Distintas Atenciones por otros Programas al de salud mental, se encuentran fuera o dentro del mismo establecimiento y complementan la atención de salud mental de forma integral.

Uno de los usuarios relata la experiencia con el programa “telar” en el territorio orientado a abordar temas de salud mental vinculados a casos de víctimas afectadas por la represión policial; unidades de alta complejidad de Santiago parte de la red de salud mental; programas del municipio y distintos servicios de atención que ofrece el hospital en materias de salud física, lo que queda expresado en relatos de usuarios del programa de salud mental.

“yo llamé un día por teléfono a un programa que como dirigente nos informaron, incluso ellos vinieron a las comunidades informando, que es un programa de salud mental que se llama telar y nos dejaron en este caso, nos explicaron de qué se trataba el programa, más que nada estaba enfocado hacia la violencia que se está sintiendo en el territorio de parte del Estado, de las policías cierto, cómo lo vivimos y también la violencia entre las propias personas, entonces nosotros como Mapuche como la estábamos viviendo y en eso están enfocados entonces por eso nosotros teníamos esa información, bueno yo la tenía, y sabía que podía recurrir pero como mi tema no era precisamente con eso por eso lo había evitado” (E1).

“Yo empecé en Santiago, con mis problemas psiquiátricos, mentales, psicológicos. Fui hospitalizado en el hospital de avenida la paz. Estuve un mes y unos días, y unas semanas y fue incómodo, porque empecé como con alucinaciones me acuerdo, y de ahí fui trasladado al hospital psiquiátrico” (E4).

“si tenemos beneficios del hospital, ahora están viendo lo que es dental y bueno la vista igual la tenemos, la Presidenta coordina eso, yo soy de apoyo” (E6).

“después de eso llegó como unos programas con la municipalidad que son como del adulto mayor, y ella entró al programa, porque cuando iba la enfermera, la enfermera la notaba como mal derivada, justo en

ese tiempo, entonces la enfermera la derivó al psicólogo, estuvo un tiempo con el psicólogo y después de eso llegó un programa aquí a Cañete, que ve el tema de los adultos mayores, y ella se empezó a relacionar con gente de su misma edad y salían a paseo, entonces por eso ella dejó el programa. Si no fue porque dijo a ya, no voy más, sino porque empezó a salir y con eso entonces se empezó a sentir mucho mejor” (E7).

6.2 Experiencias significativas propias del proceso de tratamiento en salud mental de personas Mapuche consultantes.

Los siguientes elementos descritos tienen relación a los referidos por los usuarios en las entrevistas en profundidad, el grupo de discusión Mapuche y la observación etnográfica.

a) Importante destacar que la presente dimensión se muestra de forma transversal, y está anclada en la relación histórica entre el pueblo Mapuche y el Estado de Chile. La inexistencia de políticas eficaces de no discriminación hacen necesario mencionarla. Si bien distintos profesionales del Hospital Kallvu Llanka promueven abiertamente romper con los estereotipos y prejuicios que conducen a la discriminación, este aspecto sigue tan vigente promoviendo desigualdad.

Me refiero al **Estigma y/o Discriminación**, que corresponde a las Actitudes negativa hacia una persona o grupo con el fin de insultar, ofender o atacar o someter, justificado por el desprecio, prejuicio y estereotipo aprendido. En el caso de la discriminación se refiere a los comportamientos que resultan de dichas actitudes o suposiciones.

En la actualidad distinta son las fuentes de información en prensa que promueven un clima de discriminación hacia el pueblo Mapuche, la tensión que existe en el territorio de Arauco debido a distintos hechos violentos que han estado ocurriendo, ha llevado a declarar un estado de excepción por parte del Estado de Chile. Robos de madera, atentados incendiarios a particulares, muerte a civiles, montajes por parte de la policía y empresarios, toma de caminos, toma de predios, robos de vehículos rompen con la paz del lugar y muestran a un pueblo que difícilmente puede diferenciarse de éstos pequeños grupos organizados. La prensa escrita y la televisión no diferencian entre personas puntuales y el resto de

la población Mapuche, que por lo demás no resultan ser solo personas Mapuche sino Chilenos los que participan en éstos grupos (**ver fotografía N° 5**). El pueblo Mapuche son personas de convivencia pacífica que luchan por sus derechos permanentemente, cuando el Estado Chileno no respeta su tradición histórica de ser parte del territorio y vulnera sus derechos de distinta manera. Es lo que expresa una funcionaria del Servicio de Salud ante el escenario actual.

“Si bien inicialmente se muestran como personas abiertas al tema Mapuche en un inicio, luego comienzan con actitudes de discriminación. La persona refiere que los temas que han incentivado una actitud discriminadora para con el pueblo Mapuche son los atentados a los caminos, las quemas y distintos atentados a particulares, lo que hace que la gente de Cañete no quiera saber nada con el tema Mapuche, y el tema de la resistencia no es el único, también que están las noticias de los montajes, o cosas asociadas y otros que no son montaje” (OP2).

“Un factor importante son los atentados incendiarios, refiriendo que en la noche anterior fueron quemadas 5 cabañas en el sector de Contulmo. Al parecer hace bastante rato no había algún atentado. Refiere que entre Lebu y Santa Rosa es habitual el robo de vehículos en caminos interiores y en algunas postas. Ante tales hechos la Gobernación provincial recomendó al personal de salud no ir a las comunidades” (OASM2).



Fotografía N°5 - Durante la mañana de este jueves 21 de diciembre, distintos incidentes se registraron en **Cañete**, específicamente en el sector **Peleco** y en la comuna de **Contulmo**, en la zona de **Elicura** donde se reportó el **ataque incendiario de cuatro cabañas**, frente al **Lago Lanalhue**, además de distintos cortes en la ruta. Registro digital Diario Concepción miércoles 27 de diciembre 2023⁷.

⁷ Fuente Registro digital Diario Concepción miércoles 27 de diciembre 2023.

<https://www.diarioconcepcion.cl/ciudad/2023/12/21/delegada-presidencial-del-biobio-por-incidentes-en-cañete-y-contulmo-nos-parece-absolutamente-inaceptable.html>

En los relatos de las experiencias de las personas Mapuche, no solo se observa discriminación en el contexto de la atención en salud, sino trasciende a otros contextos de la ciudad de Cañete. Lo que expresa una mujer Mapuche desde su experiencia.

“llegamos a una casa bajo techo a vivir con ellos, fue duro para mí, porque aquí no tengo trabajo (ríe). Ya que fue duro acá. Y es complicado vivir en el pueblo acá, porque acá no le dan oportunidad, más aún si uno vive en el campo, más aún si eres indígena, como dicen aquí, más aún si eres mujer y tení hijos, nooooo, muy complicado” (E1).

“Es que yo no lo vi, lo viví, no sé. Y ver tanta injusticia, cierto, por desconocimiento más que nada, porque aquí, ni una ley te prohíbe que te contraten o trabají porque tení hijos, pero te discriminan, aunque por ser Mapuche te discriminan. Cañete es una ciudad muy discriminadora, con la gente Mapuche, la ciudad me refiero” (E1).

Uno de los aspectos fundamentales en el trabajo terapéutico en salud mental, es el establecimiento de una relación de confianza y colaboración, sin embargo la fractura de una relación en un contexto histórico que continúa, entre el pueblo Mapuche y el Estado de Chile, se ve reforzado por actitudes y frases que promueven la discriminación y el autoestigma en las personas que pertenecen al pueblo Mapuche. Algunas expresiones de personas que se atienden en el programa de salud mental, dejan en evidencia la existencia del presente escenario.

“La mayoría de la personas Mapuche, me consta, no habla. Guardan el silencio. Porque no tenemos esa cultura, lamentablemente, no tenemos esa cultura de poder confiar, en los profesionales, en el sistema, en el hospitales, en los consultorios y en los médicos, no tenemos esa confianza, no se ha generado, porque lamentablemente siempre venimos de nuestro antepasado ya, de mi abuelo, mi abuela, mi madre, que siempre cuando buscaron ayuda, es como que acogieron a esas personas. O sea, esas mismas personas provocaron algo malo. Entonces, se quedaron con eso. Y ahora todos son malos. Nosotros venimos de ahí” (E1).

“Entonces siempre se ha mirado con desconfianza por lo menos de mi parte, de mi comunidad, de mi familia con desconfianza al Katripa se puede decir (huinca), así le dicen a la mayoría del que viene de afuera. Entonces, siente uno que si a mí también se me pegó eso de que uno

no encuentra ayuda especialmente en la parte profesional porque yo en este caso, sentía que los profesionales, lo único que les importa es ganar su sueldo, cumplir la hora y chao pescao” (E1).

Algunas de las experiencias se pueden trasladar al box y sobre todo a la relación médica y profesional, en la confianza que significa compartir sus creencias y tradiciones con temor, al ser cuestionado o sentir vergüenza por el solo hecho que su cosmovisión no se ajustan a su paradigma médico/profesional. Dichos escenarios muestran las limitaciones que presentan algunos profesionales / médicos de adecuarse a un contexto cultural distinto que el de referencia, y a la incapacidad de mostrar una relación de colaboración respetuosa y cordial. Lo que queda expresado en las entrevistas en profundidad realizadas a usuarios Mapuche que han participado en el programa de salud mental.

“Me van a tratar de que no me podía creer, a lo desconocido más que todo, yo no sé si todos, pero la gran mayoría, de hecho lo conversé la última vez que fui, que estuve internado, que habían cosas que ¿me las creerán?, estando en el hospital Kallvu Llanka, ¿me creerán? ¿Qué pensarán ellos?, de estas cosas. Me hacía sentir incómodo, porque hace años que escucho esto. Es cuando estuve hospitalizado, las personas que están como a diario viéndonos, por ejemplo las tens o enfermeras, de repente yo les conversaba cosas que le cuento a usted sobre los espíritus, en caso realmente creían, ¿creerán?, se sentirán cómodas, si pu igual saben, igual saben pu, lo cuentan como algo más Como que hay ciertas personas parece que tienen la capacidad de sentir eso o ver pu cierto” (E4).

“Sí, pues si una vez fui a médico, y el médico me dijo usted señora me dijo y yo soy médico para atender a la gente me dijo, pero en el universo me dijo hay un Dios, hay un universo me dijo, que está el mundo lleno de árboles y todo sus árboles de que usted ve, en el. . . o donde usted vaya son medicina. Si, si yo tomo de esos remedios le dije yo. Me llamó la atención, pero dije yo como un médico puede decir eso. . . algunas veces lo hacen por reírse. . . no sé (Por qué ha tenido malas experiencias) si de la medicina”. . . (E7).

El hospital Kallvu Llanka cuenta con una sub área de sensibilización, que es un trabajo arduo y permanente, por la alta rotación de profesionales lo que queda expresado por la profesional en su lucha permanente por promover discursos profesionales que orienten la no discriminación.

“Tenemos a veces periodos en donde tenemos a la gente como bien alineada, mi percepción. Es que los tenemos bien sensibles bien de ahí entendiendo de qué se trata la ley 169, la ley de derechos y deberes, la comprensión de la cosmovisión en los mil años de maltrato que ha tenido, cachai que no es una cosa tuya, ni personal pero te tienes que ver como sociedad, como institución, tenemos que atenderlos distintos y vamos bien, y alguien llega con algún concepto, con algún tipo de pataleta. Y en general son médicos” (OP2).

La discriminación y malos tratos, también han estado dirigidos a médicos Mapuche de la zona que se han formado en Cuba, lo que ha derivado en que decidan irse del hospital por el acoso de parte de sus pares médicos. Lo que queda expresado por la profesional. Extraído de mis notas de campo.

“Y pese a que han estado acá médicos de acá de la zona, que han estudiado medicina en Cuba y que han hecho una súper buena labor, se han terminado yendo porque se sienten maltratados por sus pares médicos. Bueno, y los pares médicos que son éstos médicos que vienen cada cierto tiempo, que van cuatro años, se quedan y después se van. También vienen a veces a revolver un poco el gallinero en términos de sensibilización” (OP2).

Un acto de discriminación ha quedado tanto en el colectivo de la comunidad hospitalaria, como también en las comunidades Mapuche del territorio. El presente caso involucró a la urgencia del hospital, una autoridad Mapuche y su comunidad, en éste caso un Machi. Dicho evento quedó en la historia del hospital y en la actualidad lo han denominado el 15 S⁸, luego de dicho evento se comienza a configurar de forma más estable la unidad de salud intercultural ampliada lo que ha permitido velar activamente porque éste tipo de actitudes no vuelvan a suceder.

“hubo un día que llegó a la urgencia un Machi en trance, el Machi estaba en una ceremonia, en una toma de terreno por el sector de Tirúa y el Machi, llegaron los pacos, los tomaron detenidos y los trajeron acá a la urgencia, y detrás del Machi, llegó como toda la gente

⁸ G DLN (Provincia de AC Alejandro Fica. Diario Lanalhue Noticias (Provincia de Arauco - Chile). [citado 10 de diciembre de 2023]. COMUNICADO DE COMUNIDAD Y FAMILIA DE MACHI ALVARO HUENCHUNAO (www.lanalhuenoticias.cl). Disponible en: <https://www.lanalhuenoticias.cl/leenota.php?noti=425>

que estaba en la ceremonia, preocupado porque el Machi venía en trance. El Machi estaba haciendo una ceremonia, entonces estaba en otra, sus pulonkos, entonces no llega solo con la gente física, sino con todos sus espíritus, entonces los paco y los médicos que los recibieron lo maltrataron” (OP2).

“Lo maltrataron no físicamente, sino que le empezaron a decir, Oye, este viene todo el camino haciendo su show, aquí este es lo que está haciendo su payaso, corta de hacer tu payaso. Igual era un Machi joven, y la médico era una mujer que lo recibió, le dice si pu y hablaba así (con voz en alto y con acento irónico) si pu, ya pu, corta de hacer tu show, ya córtala con tu tonterita, si ya estay acá, te gusta andar leseando y así como cosas de ese tipo”. . . (OP2)

“familiares que estaban cerca escucharon, entonces se enojaron mucho, mucho, mucho, y querían sacar el Machi de acá, querían llevárselo, entraron en mala por la urgencia, empezando a pelear con las funcionarias de la urgencia, después llegaron otros por allá, entonces quedó la tole tole, y hubo un mal manejo de parte de nuestra administración porque el director como que permitió, como que no atinó de inmediato y le dijo finalmente, a la coordinadora de salud familiar que fuera a dar la cara un poco y a la encargada de esa unidad, ese tiempo la unidad intercultural, se le ocurrió tirar a la doctora y casi se la comieron” (OP2).

Producto del evento anterior, se generó una división entre los funcionarios del hospital, así también con la comunidad, pero lo más relevante que incentivo actitudes de discriminación mucho más evidentes hacia el pueblo Mapuche consultante. Lo que queda expresado en las siguientes expresiones de la funcionaria.

“Eso significó que todo el hospital apoyó a la doctora. Estaban los médicos enfurecidos con la funcionaria de salud intercultural, porque había hecho eso. Empezaron a ver asambleas, así como que como pasaba eso, mientras los familiares todos reclamaban, los pacos reclamaban y esto que por la tole tole. Hay gente que decía que la doctora se tiene que ir, otros decían no se tiene que ir la de intercultural, y otros decían, no tenemos que aceptar a los Mapuches. Ahí empezó a salir la primera vez el concepto de discriminación positiva, porque los tenemos que atender distintos, que se cree, que están peleando allá, que como tratan a la doctora, bueno hubo un tema de manejo, yo creo que es de la dirección, que definitivamente no tenía que haber echado a la doctora pensando que se la iban a comer, porque habían otras formas de haber enfrentado esa situación, el rollo es que quedó la tole tole interna, más haya la tole tole afuera” (OP2).

b) En mi permanencia en el territorio, no puedo dejar de referir que los contextos de los **Espacios de Atención e Infraestructura** desde mi estadía en la comunidad del Valle Elicura, pude ser testigo del gran contingente policial y militar a que se ve expuesto el territorio. En mi ruta en moto hacia el hospital Kallvu Llanka, desde la comunidad Mapuche, son distintos los controles que se pueden apreciar colindantes al lago Lanalhue, también el sector de intersección de Peleco, bifurcación entre las comunas de Contulmo y Tirúa camino a la ciudad de Cañete. Es evidente el tránsito de carros blindados, tanquetas y material de guerra por sus distintas vías de acceso. Al menos en dos oportunidades fui interceptado por fuerzas especiales para control de rutina en mi permanencia en el territorio. Al menos dos atentados incendiarios a particulares y una serie de tomas de caminos fue lo habitual. En una oportunidad, a dos cuadras del hospital un escuadrón completo de fuerzas especiales, en donde cargan gasolina cuatro carros con efectivos dispuestos en lugares estratégicos, con armas vigilando el procedimiento, es lo que destacan en el último proceso de observación. La extrema seguridad en que se encuentra el territorio, se puede apreciar en sus caminos, la ruta que colinda al lago Lanalhue y también, a pasos del hospital. El estado de excepción de la zona macro sur, no pasa desapercibida para los habitantes de la ciudad y tampoco para el Hospital que se encuentra ubicado a un costado del camino principal, como lo registran mis notas de campo.

“le comento lo sorprendido que me encuentro de la cantidad de policías y militares en tanquetas que he podido ver durante mi estadía en el territorio, incluso le comento que fui fiscalizado por un contingente policial y que además como me traslado en moto al ir a cargar gasolina, la gasolinera completa se encontraba repleta de policías con distintos vehículos militares, con armas militares e incluso camiones transportando tanquetas y personal militar a dos cuadras del hospital. Ante dicha conversación uno de los funcionarios al parecer cercano a la dirección, refiere que no se ha percatado de dicho escenario y que todo estaba muy tranquilo, el Director le refiere que también ha notado el tránsito policial, sin embargo el funcionario insiste que no es tan así y que es solo en las carreteras y al parecer dicho contingente militar y policial no estarían entrando a las comunidades Mapuche del sector, por tanto no los molestan como él mismo refiere. Al parecer la población de Cañete ha normalizado dicho flujo militar y pasa

desapercibida el control permanente en calles, carreteras a camiones y vehículos, con armamento y vehículos de guerra” (OE).

Los entornos donde se desarrolla la atención, sea hospitalarios o en la comunidad, destaca sus diseños alusivos a la cultura Mapuche y señalética en español y lengua Mapuche, intentan acercar la salud a la cultura, lo que queda reflejado en observaciones registradas en mi cuaderno de campo. **(Ver fotografía N°6)**

“La infraestructura de gran tamaño, en el extremo sur se encuentra la unidad de urgencia y de corta estadía y en el extremo norte la farmacia. En el sector central se encuentran los edificios con sus respectivas salas de espera y medicina y en los edificios F y G se encuentran asignados al programa de salud mental” (OE).

“La infraestructura de salas de espera, que son 7 cúpulas repartidas por letra, simula RUKAS Mapuche de bastante altura. Al parecer su material es de madera, concreto y forradas en siding de pvc con diseño de tejas de color crema deslavadas por el sol la lluvia y la humedad, con hongos en sus pliegues” (OE).

“Las salas de espera se encuentran separadas y diferenciadas de los box de atención por un pasillo y una mampara de vidrio, una especie de ventanal y puertas de vidrio. En general se percibe una infraestructura alusiva a la cultura Mapuche pero con modernidad. La señalética de los sectores y edificios se encuentra en idioma Mapuche o chedungun y español” (OE).



Fotografía N°6 – Registro patio de ingreso Hospital Kallvu Llanka de Cañete, visita del 25 al 31 de Octubre 2023.

Las madres cuentan con espacios de amamantamiento para sus bebés en cada espacio de espera, privado y muy cómodo por lo demás, separados por un biombo y sillones amplios.

“En la sala de espera cuenta con un sector de amamantamiento, separado por un biombo de vidrio no transparente tipo mampara que promueve la privacidad y un sillón cómodo para las madres y sus hijos, en todas las salas de esperas se encuentran estos espacios de amamantamiento” (OE).

Sobre la limpieza del lugar es algo frecuente y a cada minuto, lo que queda expresado en mis notas de campo.

“Destaca la limpieza del lugar, varias personas en funciones de aseo están desplegadas en distintos sectores, limpiando pisos y ordenando los sectores, pasan constantemente sin detenerse, la limpieza es algo constante” (OE).

La seguridad del recinto muestra bastantes guardias de seguridad, distintos espacios intrahospitalarios y en el exterior un gran contingente de guardias de seguridad. En dicho contexto no paso desapercibido y soy abordado por un grupo de ellos a pesar que me encuentro en silencio, observando, registrando y revisando algunas notas, como queda registrado en mi cuaderno de campo.

“Se observa bastante despliegue de seguridad , una caseta al ingreso del recinto con dos guardias, el resto (4 guardias) desplegados en estacionamientos, y al interior al menos 1 o 2 por sala de espera y un mesón central al ingreso que cuenta con 2 o 3 guardias de seguridad” (OE).

“Llama la atención que en el momento en que me encuentro realizando la observación y registro, se acerca un par de guardias acompañado de 3 guardias más que se quedan atrás, quienes me consultan sobre que me encuentro haciendo a lo que explico sobre la investigación y muy amablemente refieren que no fueron informados y que continúe. Uno de los guardias comprende y me dice lo que usted está haciendo entonces es ver lo que ocurre al interior de un hospital” (OE).

Una de las actividades que realizo durante mi paso por el territorio, es la observación de un operativo rural por parte del equipo de salud del sector azul y destaca la descripción del lugar en que las personas acuden para su atención.

Una escuela en desuso ocupada por la comunidad en que se desarrollan una serie de actividades, lo que queda reflejado en sus murallas de madera que muestran papel craft pegados con cinta y diseños alusivos a la cosmovisión Mapuche, objetos y láminas de animales en lengua Mapuche, distintos materiales ocupados para educación (**ver fotografía N° 7**). Durante el operativo se observa que existen espacios diferenciados y otros comunes para la atención, sin embargo lo que más destaca del encuentro es el calor humano y la relación cercana de la comunidad, como queda expresado en mis notas de campo.

“El lugar en donde se realiza el operativo es en la comunidad de Reputo en una escuela desocupada la cual han habilitado como sede social y cuenta con un amplio espacio, sin embargo no diferenciado o privado. Las únicas instancias privadas son el móvil de atención dental y el móvil ginecológico. En el caso de la actividad de atención médica se ha dispuesto un biombo y no se cuenta con una camilla, solo una mesa y sillas. El resto de profesionales, trabajadora social, psicólogo, enfermeras, nutricionista, y técnico paramédico comparten espacios y se deben adecuar” (OOA).

“El lugar de la atención es un colegio en desuso y que le faltan varias reparaciones, y es utilizado por la comunidad para realizar distintas actividades de su organización, entre ellas actividades culturales, capacitaciones y reuniones” (OOA).

“El lugar se encuentra calefaccionado, y se disponen distintas mesas en forma de U y un biombo para la atención médica, una mesa para material de promoción, principalmente de salud mental” (OOA).



Fotografía N°7 – Registro realizado en Ronda de salud rural Hospital Kallvu Llanka de Cañete, el 24 de Octubre de 2023. .

Si bien el hospital cuenta con una infraestructura nueva y renovada, es percibida por los usuarios del programa de salud mental de distinta manera, es lo que queda expresado por unos de los usuarios del programa, que sugiere que los entornos son fríos en un contexto intercultural carece de áreas verdes. Registro entrevista en profundidad.

“no sé si fue, si es personal pero los patios yo pienso no solo a mí sino que las demás personas que he visto justamente. Por ejemplo, las personas que las ayudan, la salud que sea intercultural o como natural, siempre a las personas de la salud debieran haber espacio más naturales, como un entorno natural, porque súper buena, excelente la atención, las comidas ricas, las personas súper humildes, buenas, pero los espacios por ejemplo no me gustan los patios, son como muy dejados, como muy dejados por las personas, si muy fríos. Si bien tienen pastito, tienen unos juegos, son para hacer cardio y juego físico, piernas y brazos, que hay en el hospital, pero están como medio ahí no más” (E4).

También los usuarios perciben como el entorno de atención de la Machi se ha visto deteriorado por la falta de agua y la intervención de las forestales.

“Lo que nunca había visto, porque siempre lo había escuchado, un montón de veces y ver cómo el trabajo, como trabajan, porque están con el entorno siento que era un lugar como árido, seco, porque no había ni agua, llegaban camiones aljibes con agua, y le daban a la Machi unos tambores, y así y todo trabajaba con plantas. . . trabajaba con plantas, eran cerros, pero mucho más seco. Y ahí en ese tiempo llegaban camiones con agua, y había un río parece, no recuerdo bien, por qué las plantas, porque había humedales parece” (E4).

Lo que se observa de la señalética, el material audiovisual y promocional que en gran parte no se ajusta a la realidad de la población local Mapuche y no Mapuche lo que queda expresado en mis notas de campo. **(Ver fotografía N°8)**

“Se observa señalética alusiva a los derechos y deberes de los pacientes frecuentes en los sistemas de salud urbanos” (OE).

“En los espacios del hospital en general la señalética se encuentra en español y chedungun. Por ejemplo en el sector del some se indica de la siguiente forma: SOME Satélite sector azul – Kallvu Wellñ” (OE).

“Las imágenes del monitor alusivas a salud, no se relacionan con la población Mapuche, tampoco con la población atendida urbana de la ciudad de Cañete, se observa personas que no corresponden a la

realidad comunitaria del territorio, las personas que aparecen en el video presentan mayor similitud a personas de Santiago de sectores más acomodado de la población. Solo algunos procedimientos muestran visitas domiciliarias y atenciones con población local y Mapuche pero son los menos” (OE).

“La señalética del edificio G o también denominada en la traducción de Chedungun Ruka G, refiere que cuentan con Atención de adultos, atención de maternidad, atención nutricional, atención dental, atención social, atención psicológica de esa manera se presenta al público en la sección del SOME” (OE).

“Un letrero indica el nombre de farmacia en español y otro en Chedungun, y dice Farmacia: Welliñ Lawen” (OE).



Fotografía N°8 – Registro realizado en sala de espera Hospital Kallvu Llanka de Cañete, el 25 de septiembre 2023.

c) Las Estrategias Terapéutica de Apoyo utilizadas con usuarios en el programa de salud mental no son muy distintas de las que se utilizan en la población general. Se observan herramientas que favorecen la comunicación, el diálogo y entendimiento; así también estrategias de contención emocional; estrategias de mediación frente a relaciones de parejas en conflicto por violencia y terapia de pareja para mejorar su convivencia, lo que queda expresado en la siguiente experiencia.

“Él me ayudaba en el sentido de que yo, tenía que tratar de conversar las cosas con él, ninguno de los dos que nos lleváramos mal o no sé, cosas así pu, o que él no me dijera cosas a mí que yo me hiciera enojarme y no producirme los dolores de cabeza, porque igual tenía

peleas con él, igual pasaba lo mismo, que cuando yo tenía problemas con él, el dolor de cabeza me venía” (E2).

También se observan estrategias psicoterapéuticas de exploración de la experiencia personal que permiten aminorar la discrepancia emocional y resignificar su narrativa, buscando alternativas de solución más flexibles y coherentes para la persona muy comunes en el mundo actual. Se observa la utilización de metáforas y una actitud contenedora de la terapeuta, empatizando con su dolor lo que las personas Mapuche consideran han contribuido en su recuperación, lo que queda expresado en los siguientes relatos de experiencias.

“Lo que sentí, sentí como que yo me miré en el espejo y me hablé a mí misma, con la diferencia de que no lo hice yo, o sea, la que me habló no fui yo, fue otra persona que me estaba mirando, que me estaba escuchando, en este caso una persona que yo no la escuche y que también sino yo la conozco y sabe todo de mi vida o sea un tema puntual y que ella me devolviera una respuesta, en este caso que calzó en mi mente en mi lonko y para mí eso fue, para mí no era porque yo me sentía mal, me sentía culpable, entonces al escucharla a ella que en realidad sí las cosas malas sucedieron cierto, pero todo tiene una explicación porque yo pensé que no había explicación, eso es lo que sentía yo, esa era mi congoja, ese es mi bloqueo de la mente” (E1).

“saber lo que sentí yo en algún momento como que esta cuestión no iba a terminar nunca, mire para atrás y vi a mi hija chica y me dio rabia, me dio rabia con ella porque dije para eso estoy criando yo, para que un día x, venga y te ponga la pata encima sin piedad, entonces eso me sucedió, entonces cuando yo la escuché que en realidad todo tenía una explicación y las consecuencias que mi hija también había sufrido, que también lo estaba pasando mal, eso para mí fue como un quiebre; ya esa rabia, ese dolor que tenía tan fuerte, bajo la intensidad y pude pensar un poco mejor puede tranquilizarme y quizás, eso es lo que me pasó. Cuando ella me dijo que no iba a estar sola, que iba a pasar esta situación pero que no me colocara ahí, en el borde del abismo a ver si caía o no caía, salí más fortalecida las veces, porque las últimas veces que hablé con ella yo me vine más fortalecida, porque ya entendía, me quedó un poco más liviano de que me importa, se vienen más momentos más malos” (E1).

d) Un conjunto de **Cambios Terapéuticos** constructivos, positivos, de bienestar y avance terapéutico de personas y sus familias, gestados en la relación terapéutica y la confianza que la persona deposita en el equipo de tratamiento. En los siguientes relatos se aprecia como una pareja y una madre, van definiendo acciones muy concretas en la vida cotidiana, que van cambiando la dirección y el

significado de su experiencia psicológica. Es así como lo expresan estas dos usuarias del programa.

“Yo me sentí bien, igual quería que él fuera para que igual le dejaran claro, las cosas como él. . . En una parte igual él estaba así como yo que me equivocaba, él también se equivocaba en parte también. Entonces todo eso, él tenía que mejorarlo al igual que yo. Recién ahora ha mejorado, ahora como que ha ido así como ha ido pensando con la cabeza, él es más, como le digo él es más, más atento así por ejemplo ya, él se paga y me invita al centro a almorzar, o a tomar una rica once, que se yo, cosa que él antes nos las hacía, siempre me tocaba a mí” (E2).

“Ahora que yo me he acercado un poquito, siento que en realidad sí, pero también he entendido que también te pueden generar una ayuda a lo mejor no de plata ni de cosas pero algo más importante, poder darte las herramientas de poder seguir, levantarte y seguir. La gente Mapuche siempre en ese aspecto es orgullosa y orgullosa en eso es de que uno no necesita a otro para levantarse. Entonces es difícil, incluso la gente Mapuche, ni siquiera se apoya en su familia, es como que uno se levanta solo, uno hace sus cosas solo y de hecho yo me daba cuenta de la gente mayor. Yo en este caso quebré algo que viene de generación en generación porque yo siempre escuchaba mi abuela y decía que el día que llegué al hospital, el día que se va a morir” (E1).

Sobre las expectativas y la incorporación de la familia en el proceso terapéutico promueve cercanía y lazos afectivos más cercanos; mejora la comunicación y el entendimiento, fortaleciendo la relación y el apoyo, es lo que queda reflejado en el siguiente relato por un usuario joven.

“creo que estaría menos preocupado por algunas cosas que ya pasaron, de algunas que no van a pasar nunca, otra que podría salir más con algunos conocidos a lugares públicos, para el tema de socializar. Estaría conversando y prácticamente siendo un hijo con mi mamá, porque la relación que tenemos no es mala pero como que no hablamos cuando es necesario. Ahora últimamente hemos estado más cercanos, conversando y por los temas que le afectan. No había abrazado a mi mamá hace años, se siente bien. Solamente que no me nacía, ni tampoco tenía interés en ello, pero era un desinterés en general” (E3).

e) El Proceso en que la persona realiza una **Búsqueda de Apoyo**, solicita acciones de contención emocional y orientación explícita al Prosam motivado por la dificultad de no poder resolver de forma individual o colectiva su padecimiento, lo incentiva a consultar en algún momento de su vida.

Existen distintas motivaciones asociadas a la búsqueda de apoyo, algunas que son frecuentes se encuentran relacionadas a la consulta espontánea, motivado por un referente significativo o un contexto judicial, es lo que queda expresado en las siguientes experiencias de usuarios.

“Busqué yo la ayuda porque sentí en algún momento que ya sola no era tan fuerte mi mente, mi fuerza para buscar a lo mejor respuestas, de lo que me estaba sucediendo. Yo tengo problemas en éste caso, con uno de mis hijos, que puede ser casi la menor de todos mis hijos. Entonces empezaron a suceder cosas que para mí fueron que todavía no las entiendo la verdad” (E1).

“yo siempre creí o traté como algo normal lo que me pasaba, empecé a notar que era anormal, que había conocido a una compañera de curso que después se convirtió en una amiga y ella se estaba tratando, tenía algo similar a lo que tenía yo. Creo que el tema de la búsqueda de ayuda cuesta, cuesta mucho por pérdida de ánimo” (E3).

Como parte del grupo de discusión con personas Mapuche, distintas propuestas surgen sobre las estrategias que se pudieran desarrollar para la búsqueda de apoyo, tomando en cuenta que el Mapuche no lo tiene incorporado como práctica habitual. Algunas hacen alusión a las relaciones de confianza, también personas cercanas pueden ayudar en dicha misión, y una permanente relación del hospital con la comunidad, en donde exista un diálogo que permita conocer el programa y afianzar los lazos, es lo que se expresa en las siguientes expresiones.

“Yo creo que esas conversas como Kútran que le llamamos nosotros, Kútran de una persona a otra como conversa, como conversar al que tiene confianza, como más personal eso. Porque el Mapuche como más, no demuestra tanto, se guarda más las cosas, puede ser que se cierran las personas con sus problemas, debe ser. Yo creo eso, se encierran en sus problemas tras el alcohol, un tema más cultural igual, que venía de atrás, de sus padres, su abuelo, de compartir de conversar, porque ya cuando toman alcohol y ya comienzan a conversar” (OGD).

“es lo mismo que como llegar acá primero con los dirigentes y ahí conversarlo con su gente, si ellos quieren ese tipo de ayuda ya, porque a veces la gente no quiere, uno llega uno puede mandar hasta un grupo WhatsApp, saben hoy viene un operativo de salud mental y la gente tal vez no va a llegar nadie. Tal vez lo primero, es hacer una reunión, conversarlo con la gente primero, y conversarlo y decirle, y decirle a esa gente que es necesario (como instalarlo primero el tema) claro, (varias conversaciones primero) y después de a poquito para estar presente” (OGD).

La experiencia de los profesionales de la salud mental no es tan distinta a lo expuesto con anterioridad en la comunidad, ya que para las personas del pueblo Mapuche existen otras soluciones y existen bajas posibilidades en la necesidad de consultar a un profesional del área de la salud mental. Refieren que al no existir una relación de confianza, la búsqueda de apoyo es más habitual en personas cercanas a su comunidad, sus familias y a su cosmovisión, lo que queda expresado por un profesional del PROSAM. Extraído de mis notas de campo.

“yo creo que la salud mental para ellos no hay un tema como primordial ya, siento que existen otras soluciones para ellos, hablando de las yerbas medicinales, el poder conversar con alguien de confianza en su familia o cercano. Yo siento que no esperan mucho de los psicólogos, no esperan que sea algo que les vaya a solucionar la vida o que les vaya a cambiar su estilo de pensar, además somos personas desconocidas, aunque muchos piensan que un psicólogo es un profesional neutro y un profesional que le va a entregar herramientas en relación a salud mental, pero para ellos no lo ven así, lo ven como un tema más bien. Sienten que las personas más cercanas culturalmente a ellas, son más apoyo que alguien que algún profesional” (OP1).

f) El recibimiento y **Acogida** que el equipo profesional realiza al consultante de forma grata y asertiva es un elemento que queda expresado en sus primeras atenciones, su calidez, tiempos de atención y dedicación que brindan los profesionales, asociados al vínculo terapéutico y a la adherencia, queda expresado en los siguientes relatos de experiencias.

“si ella me ha escuchado, yo creo que ella me ha escuchado, yo siento que ella fue como un gran apoyo en poder escucharme, porque el hospital también es limitado, o sea a la hora te dan una hora, o sea puede ser una media hora, o sea, pueden ser cuarenta y cinco minutos, puede ser una hora, la última vez que fui me di cuenta que me

atendió una hora y cuarto, pero ella no me dijo nada, no me dijo apúrate” (E1).

“ella resultó ser muy amable y segura por lo que decía. Eran como por decirlo así como no era como una especie de interrogatorio sino, como una conversación, pero como más casual” (E3).

“Sí, me sentí bien porque el psicólogo me dio entrevista, me entrevistó, me dijo que esas cosas pasaban, entonces así, él me empezó a conversar, entonces, y así de a poco de a poco yo fui sintiéndome bien. Todo hace bien, porque uno haya le dan consejos que la vida es así y todo vamos para allá, unos más adelante y uno más atrás así” (E7).

g) Interacciones y prácticas de comunicación basadas en el **Buen Trato**, el respeto y la empatía, promoviendo una sana convivencia en distintos contextos, es lo que pude observar en mi permanencia en distintos contextos del hospital. Percibí un trato amable de parte de los funcionarios a la población consultante, incluso considerando al personal de seguridad. Guardias muy amables y personas dispuestas a orientar a los usuarios que se atienden, es lo que queda registrado en mis notas de campo. Lo anterior, es referido también por los usuarios entrevistados.

“Los trabajadores y profesionales se muestran muy amables. Al igual que en los otros espacios las personas muy ordenadas y con calma van pasando a la farmacia para retirar sus medicamentos, dos funcionarios atiende amablemente al público” (OE).

“Las personas son llamadas por los profesionales una a una y comienzan a acercarse al sector de los box, que queda pasando una mampara de vidrio, todos son acompañados por los funcionarios de salud del hospital, de forma cordial” (OE).

“Una funcionaria amablemente atiende a un usuario, el guardia amablemente orienta a un usuario en sacar número para retirar sus medicamentos, la persona se encuentra embarazada se acerca al sector dispuesto para retiro de la leche que se encuentra a la derecha de las ventanillas orientadas para el retiro de medicamentos, rápidamente las personas van pasando en la medida que son llamadas, varios números no asisten, en el lugar hay bastantes personas que rápidamente ocupan el lugar del que no asistió” (OE).

h) Distintos actores de la comunidad y sus familias, acompañan permanentemente con el fin de **Apoyar a la Persona en su Proceso de Atención y Recuperación**. Las instancias de colaboración hacen la diferencia al compararlo

con personas que no cuentan con una red de apoyo cercana, es lo que queda expresado en los siguientes relatos de usuarios del programa de atención, así también mis notas de campo.

“El que me venía a visitar fue el pastor, el único. El pastor me hablaba que tenía que tener confianza en dios, que tenía que tener fe en dios, y seguir confiando en dios. Eso fue lo que me dijo el pastor. (Le gustaba que el pastor la visitara, que la comunidad viniera) sí, si eso es lo más importante, me venían a visitar, acá. Pero ahora estoy pensando en ir ahora. Así que cómo puedo caminar, puedo entrar a la casa de oración” (E5).

“Igual fue complicado porque aparte que éramos las dos solas, no vivíamos con nadie más. Los hijos de ella están todos lejos y trabajaban en ese tiempo fuera para el norte, entonces igual era complicado llegar y no teníamos ninguna red de apoyo como cerca de acá, ella tenía una cuñada, después empezó a juntarse con una vecina de repente viene una vecina a tomar mate aquí” (E7).

“Otro relato de un adulto mayor el señor Guillermo Peña, habla de la enfermedad, que es una persona de 82 años de edad y que en su experiencia tiene 2 hermanos que han padecido Alzheimer. Agradece al centro del adulto mayor, y refiere que luego de conocerlos fue lo más valioso, y junto a su presidente han podido ayudarlo en todo lo necesario y valora la interacción que ha tenido con él y su familia. “Le vamos a ganar a ese infame que no dice y no habla”. Llama a luchar y que le vamos a ganar, que no hay arreglo para ello pero los que estamos acá podemos luchar” (OAP).

También la directiva de una comunidad en donde se realiza una ronda rural, colabora mientras sus vecinos se van atendiendo con distintos profesionales del hospital, destaca su organización y entrega para el apoyo con la comunidad, es lo que queda registrado en mi cuaderno de campo.

“lo que se observa es que cada cierto momento vienen diez personas, quince personas, ese es como el flujo cada una hora o cada dos horas un flujo lento las personas se muestran muy tranquilas, muy amables, muy dispuestas a colaborar, todo muy tranquilo, se observa también que hay mucha disposición de la directiva de la comunidad, cuentan con platos, con tazas, para poder atender con un café, alimentos para desayunar tanto para la comunidad como para los profesionales, o para las personas que asisten en general y las atenciones se han ido dando normalmente como con mucha disposición, los profesionales se muestran muy atentos con la comunidad muy cordiales, y esto se

desarrolla todo el día y un almuerzo a mitad del día y posteriormente terminará como a eso ahora de las cuatro de la tarde” (OOA).

“Son cerca de la una de la tarde, doce cincuenta y cuatro y la ronda de la jornada de la mañana ha finalizado, todo muy tranquilo, los profesionales están descansando, tienen una conversación fluida, y mientras tanto la directiva y parte de la comunidad organizaron un almuerzo como una forma de agradecer a los funcionarios que se han desplegado el día de hoy, se atendieron aproximadamente como treinta pacientes en la mañana y ahora se va a hacer una pausa y las atenciones se van a retomar a las dos de la tarde. Eso. En la tarde van a ver siete pacientes, ocho pacientes no más que eso que se han programado” (OOA).

6.3 Conceptos abstractos propios del quehacer profesional y técnico.

Los conceptos son referidos por funcionarios del hospital, propios del quehacer profesional y técnico en donde destacan:

a) Un conjunto de acciones que materializan la interacción entre medicinas, desde un escenario de igualdad de poder, que contribuye o no en el bienestar de las personas que son parte del pueblo Mapuche.

Me refiero a la materialización e implementación de la **Política Intercultural en Salud** en el territorio y los orígenes del hospital, relevante para entender el contexto histórico. Durante el octavo seminario de salud intercultural organizado por el Hospital Kallvu Llanka, uno de los expositores contextualiza las circunstancias en que se ha ido desarrollando la política intercultural en el territorio de la provincia de Arauco, lo que rescato de mis notas de campo.

“Inicialmente éste hospital no era intercultural, sino de baja complejidad, bueno sigue siendo de baja complejidad, pero baja complejidad comunitario, y después se agrega la condición intercultural. Pero por qué, no tiene que ver con un acto político, tiene que ver con las características del territorio. El año dos mil cuatro, a propósito de la aprobación de los recursos para la recuperación del hospital, cuando se aprueban los recursos para construir un nuevo hospital, se toma en consideración a las comunidades del territorio a nivel provincial, no solamente el cono sur, se constituye un comité provincial de representantes de las comunidades, de dirigentes, Lonkos, Machi, Lawuentuchefe, distintos representantes del conocimiento Mapuche, y se constituyen en comité provincial y trabajan en conjunto con el

Servicio de Salud y va en éste proyecto de remodelación del hospital, y se comienzan a incorporar algunos elementos de la cultura Mapuche, no solamente en infraestructura, sino también se espera también en el modelo de atención, y es por eso que la visión y la misión cambia a intercultural y pasamos de ser un hospital que busca la prevención y la promoción, motivando la participación social, en el nuevo hospital, lo que buscamos es el énfasis coexistiendo con el modelo de salud comunitario pero en especial Mapuche, es decir ya la misión de éste hospital tiene que ver con transversalizar la pertinencia cultural” (OSI).

Dicha implementación no ha estado exenta de polémicas sobre varias transgresiones que ocurrieron en el proceso de materialización y la inauguración del hospital Intercultural, al no contar con la venia de las comunidades Mapuches y sus autoridades ancestrales, resulta ser una de las primeras asimetrías que deja ver una funcionaria del hospital. Extraído de mis notas de campo.

“pasaron hartas cosas hubieron algunas cosas fuertes medias tragedias porque para inaugurar presionaron a un Machi que había estado como en el inicio, en el proceso de apoyar, como el traslado, ordenado en términos culturales para que el lugar nos recibiera, para que hubiera todo como una suerte como de buena comunión con los miembros que habían acá. Lo presionaron tanto al machi, lo iban a molestar a su casa y el machi se enfermó tanto que en un tiempo después murió” (OP2).

“Yo estoy segura que tiene que ver con tanta transgresión y tanta presión política que tuvo. Le iban a dejar un teléfono satelital donde él vivía porque él no tenía comunicación donde vivía. Vivía a la cresta (ría), no estaba ni ahí con la comunicación, entonces le pusieron un teléfono satelital, lo molestaba tanto porque querían que estuviera para las fotos, para las fotos, nunca entendieron que lo que necesitaba éste hospital era como todo. Entonces él decía que el hospital estaba enfermo, que no estaba listo para funcionar y lo presionaban y lo presionaban igual, porque como que hubo toda una consulta a varios loncos y a varias personas y como que quedaron que él iba a ser parte de este proceso de inicio, de funcionamiento del hospital” (OP2).

“Los loncos decían que había que hacer rogativas, rogativas, tenían distintos momentos, antes de construir se hizo pero había que hacer en el proceso y tres más cuando ya estaba el hospital listo, antes de hacerlo como público, que empezara a llegar la gente. Porque era muy importante si íbamos a trabajar con la salud, todo este territorio estuviera saneado. Sanarlo y agradecerle y pedir permiso y todo lo que tenía que ver con los protocolos culturales” (OP2).

La política si bien es la misma, se expresa de distinta manera en distintos territorios en dónde se desarrolla y por lo tanto, adquiere caminos distintos. Es lo que queda expresado críticamente en las siguientes notas rescatadas del seminario de interculturalidad.

“Si bien la política intercultural es nacional, como todas las políticas, están hechas en Santiago, en Valparaíso, en la oficina lejos del territorio, independiente si siguen conversando con el territorio, siguen redactando los documentos, en una habitación encerrados, sin preocuparse como se llega a la práctica, por lo tanto las políticas públicas son enunciados y cómo lo hacemos, las dinámicas son muy distintas. Una política una manera distinta en Nueva Imperial, Padre Las Casas, en Maquehue, Boroa, y ayer descubrimos una experiencia maravillosa en Puerto Montt. Todos ejecutamos la misma política, de manera distinta en consecuencia de las características del territorio y por nuestras características, hemos avanzado más en unas áreas que otras, y eso es lo que vienen a aprender otros equipos” (OSI).

El programa de salud se integra en las políticas de salud mental desde las prácticas y la incorporación de usuarios en la construcción de dicha política, es lo que expresa uno de los profesionales antiguos del programa, no solo acciones orientadas al programa de salud mental sino de forma transversal con otras unidades, lo que queda registrado en las notas de campo.

“Nosotros siempre nos sentíamos interculturales, siempre conversábamos nosotros, nuestros pacientes, bueno el enfoque de salud mental es integral pu, porque no puedes mirar al paciente sino es con su cultura, desde donde viene en donde habita, quiénes son sus familias, cómo comprenden su problema de salud, cuál es la comprensión que tienen de su situación, entonces siempre sentíamos que estábamos muy cerca de lo intercultural por decirlo así. De hecho ese tiempo cuando estaba el hospital viejo hacíamos proyectos con Francisco Yaupe que era el único asesor que teníamos en ese tiempo, para trabajar la infancia a veces ganábamos algún proyectitos autogestionados para hacer trabajos de recuperación de tradiciones con adultas” (OP2).

En el caso de la unidad de salud intercultural que es transversal a los distintos programas que funcionan en el hospital, la estrategia para avanzar en la política fue escuchando y dando respuesta a los requerimientos de la población Mapuche, así también la generación de protocolos con pertinencia cultural, es lo que queda

reflejado en el relatos de un funcionario de la unidad. Rescatado de mis notas de campo.

“logramos identificar que la estrategia para avanzar en esto, era prestar muchísima atención a los requerimiento de los usuarios, ellos nos fueron indicando cuál era el camino, entonces en las áreas que iban apareciendo situaciones de requerimientos interculturales o con pertinencia cultural, en esa área nos involucramos” (OAI).

“La política intercultural nuestra tiene limitaciones, y cuándo se genera tensión, cuando los pueblos originarios nos piden cosas que nosotros por ley no podemos hacer, por lo tanto nuestro deber ser como hospital intercultural es problematizar internamente esto y hacernos cargo. Y así han ido apareciendo todos los protocolos” (OAI).

“tuve que aceptar que en definitiva teníamos que empezar a trabajar en protocolos para poder cambiar la forma de responder a los requerimientos de las comunidades, por qué, porque es la única forma de reducir la resistencia de los funcionarios, es la forma práctica y objetiva de reducir la resistencia, porque además nos encontramos en este hospital en particular, con una situación que tiene que ver con que a los funcionarios no se les preparó para éste cambio, no se les formó, entonces de un día para otro pasaron de un hospital de baja complejidad comunitario a un hospital de baja complejidad comunitario, pero de base intercultural” (OAI).

Las política internacional que adhiere Chile, leyes nacionales e internacionales y su experiencia en derechos humanos con pueblos originarios, definen un escenario propicio de las reglas y medidas específicas para proteger a las personas en su relación con el Estados de Chile en materias de salud, es lo que queda expresado en el octavo seminario de interculturalidad del hospital realizado en octubre del 2023, registrado en mis notas de campo.

“Desde el punto de vista internacional, la ley que más se invoca desde las comunidades es el convenio 169. Cuando nosotros hemos tenido dificultades, más bien dicho cuando las comunidades han sido acusadas injustamente, en juicios sin mediar, ellos tienen todo el derecho por adherir al convenio, y Chile por la promulgación de éste convenio se compromete a cumplirlo y cuando no lo cumple tiene que explicar eso, dónde, en la corte interamericana de derechos humanos, y es ahí donde se llevan los juicios mal hechos, entonces imagínense, entonces se revisan todos los juicios de los países que cuentan con pueblos originarios, ésta corte tiene el poder de fallar a favor o en contra de un resultado, sea el que sea, y Chile cada vez que

demandaba la corte pierde, nunca ha ganado un caso, salvo los casos de Bolivia y Perú, todos los otros los pierde” (OSI).

“En el plano nacional hay varias leyes, pero la más importante es la ley de deberes y derechos, artículo 7, que habla de la adecuación de los servicios, o de las atenciones de salud en territorios donde exista población con pueblos originarios. Nosotros no estamos obligados a cumplir con ésta ley porque somos un hospital intercultural, de hecho eso da lo mismo, porque en todos los hospitales donde hay pueblos originarios, es obligación” (OSI).

Existe un debate en torno a la ampliación y adecuación de la política intercultural en distintas poblaciones en Chile, como por ejemplo la migrante, sin embargo los pueblos originarios fundan su derecho en su ascendencia histórica respecto de su territorio, es así como lo expone el relator en el octavo seminario de interculturalidad del hospital. Registrado en mis notas de campo.

“Obviamente las adecuaciones que nosotros hacemos, es de acuerdo a la cultura predominante, pero hoy día se está debatiendo sobre la población migrante, hay mucha discusión al respecto, algunos creen que éste artículo hace alusión a ellos y no necesariamente, porque cuando se habla de pueblos originarios se habla de ancestralidad con pueblos originarios de éste lugar, que se han construido y su historia está aquí, sentido de pertenencia, vinculación con el territorio. Y la población migrante es eso, es portadora de su cultura, pero no hay un arraigo, pero hoy día se está construyendo una política para ellos, ya se están bajando orientaciones técnicas, estamos empezando a cumplir un marco normativo de la población migrante, por lo tanto igual van a empezar a bajar desde el ministerio indicaciones de cómo tenemos que hacerlo, pero eso es otra forma para relacionarse con ellos, porque además no todos, pero un porcentaje de ellos, no quiere ser parte del sistema por su condición de irregularidad, entonces hay mucho miedo que al ser parte del sistema se revele quién está aquí sin una visa, sin un documento que defina legalmente ser ciudadano Chileno, por eso no es tan fácil acercarse a ellos, por eso tiene otra lógica. Pero no tiene que ver con ello básicamente pueblos originarios” (OSI).

Sobre la adecuación del concepto de interculturalidad basado en la imposibilidad real de ejecutarlo, debido a la inexistencia de condiciones necesarias para su implementación en la política, centrado en la asimetría que existe entre el Estado de Chile y los pueblos originarios.

“al principio hablábamos de salud intercultural e interculturalidad, y cuando nos dimos cuenta que eso está muy lejos todavía de ser, de la realidad, empezamos a adecuar el lenguaje y empezamos a hablar de pertinencia cultural de manera formal. Resulta que el ministerio se dio cuenta que esa es la realidad que podíamos hacer, pertinencia cultural, y no interculturalidad, porque no es tan fácil, y la norma que existe en Chile no está hecha para eso, porque nos dicen relacionémonos con la comunidades pero dentro de éste marco legal, no se salga de esto, y la interculturalidad tienen que ver con construir temas en conjunto, y eso no está ni en la constitución, ni en la actual normativa” (OSI).

b) Las acciones que Implica valorar la diversidad biológica, cultural, social y espiritual del ser humano como factores importantes y que influyen en los procesos de salud y enfermedad lo denominaremos **Pertinencia Cultural**.

De la estructura organizativa del hospital, se han ido conformando sub unidades que han orientado su trabajo a desarrollar adaptaciones con pertinencia cultural, dichos requerimientos han sido levantados en encuentros con comunidades, los denominados Trawün, que han permitido acoger dichos requerimientos y adecuarlos culturalmente a las necesidades identitarias de los usuarios Mapuche, es lo que queda expresado en mis notas de campos con distintos relatos de funcionarios.

“está, la subunidad de salud reproductiva, salud mental, componedores de hueso, gestión directiva, medicina popular” (OSI).

“La subunidad de dirección que es la que se encarga de visibilizar lo que hacemos, y Kimkelen mognel que se encarga de la alimentación con pertinencia cultural, y capacitaciones es la que organiza esto. Cada subunidad tiene cierta formalidad, y también hay una resolución que los respalda” (OSI).

Distintas experiencias pioneras con pertinencia cultural generan un escenario propicio para avanzar en materias de interculturalidad, lo que se encuentra respaldado administrativamente, ya que los profesionales que se quieran sumar al trabajo con pertinencia cultural, cuentan con una resolución que respalda los tiempos para su dedicación. Lo que queda expresado en las siguientes experiencias valiosas del hospital que han sido desarrolladas transversalmente

con profesionales del área de salud mental, en un relato de uno de ellos.
Rescatado de mis notas de campo.

“Éste fue el primer hospital de Chile que empezó a entregar la placenta con un protocolo, por una investigación que sale porque las pacientes lo piden, las usuarias lo piden, que querían recuperar la tradición de recuperar la placenta al nacer. No sé pu, si se enferma una mujer Mapuche o una persona de comunidad, quiere comer cazuela, quiere comer cazuela, por ejemplo, una cazuela de pollo y no se le dejaba adaptar protocolo y hacer cosas de ese tipo, lo toma en general la unidad intercultural, hay una unidad que se llama Kimkelem Mognel, que tiene que ver con adaptar las prácticas que recopilan en los distintos Tragünes” (OP2).

“La subunidad Kimkelen mognel está concentrada en las curaciones, la alimentación, principalmente la alimentación, el protocolo de alimentación con pertinencia cultural se da mucho de manera casi semanal en pacientes hospitalizados, que están hospitalizados y quieren tomar Lawen y eso se mantiene bien activo, y ésta subunidad se preocupa también de los componedores de hueso” (OP2).

c) La existencia de una asimetría del poder entre profesionales médico especialista, otros profesionales no especialistas y el paciente, la denominaremos **Hegemonía Biomédica**. Distintas expresiones asociadas al desequilibrio en el predominando del modelo biomédico, por sobre otros saberes y que se expresa en las relaciones de poder y la toma de decisiones o el trabajo en equipo, se pueden observar a través de las siguientes expresiones.

“nosotros como tenemos los tres niveles de salud mental de cierta manera, en el mismo centro de salud, están todos los niveles de Atención, los especialistas tienen la palabra, son ellos los que generan las directrices hacia abajo, hacia los niveles de menor complejidad” (OAI).

“Y el psiquiatra de ese entonces me dice que no, porque primero tiene que ser compensado el paciente, y además él al desconocer la composición del Lawuen, él no tiene ninguna certeza de que algún componente del Lawuen pueda interactuar negativamente con los medicamentos que él le está dando. Venía llegando y me dice el doctor, me dice, porque no hay ninguna evidencia científica Que a mí me diga qué el Lawuen no interactúa con el tratamiento farmacológico, y yo le respondo, pero tampoco hay evidencia científica que no interactúe, o sea, no tenemos nada le decía, usted no me puede decir que no se puede, y yo no le puedo decir que se puede y ambos no

tenemos argumento, no hay estudios acabados respecto a esto, entonces me dice OK. Y éste psiquiatra le entrega el caso a otro psiquiatra con el que tuvimos que hacer un trabajo de sensibilización” (OAI).

“hemos entendido qué hay procesos terapéuticos exclusivamente clínicos, hay momentos de estos procesos terapéuticos que son estrictamente clínicos pero no todos, entonces nosotros entramos como en una especie de negociación con los especialistas para entender en que momento de la terapia o de la recuperación puede ingresar el Lawuen, puede ingresar la Machi y no tenemos ninguna resistencia con eso, hasta ahora, sin embargo claro cuando hablamos de un hospital de mediana complejidad lo más probable es que tengamos mayores restricciones desde el punto de vista de las patologías” (OAI).

“En algunos estamentos grandes, por ejemplo las enfermeras y las matronas tienen supervisores o referentes de jornada completa para la gestión, pero la nutris y los trabajadores sociales y los psicólogos no, seguimos siendo de la tercera categoría. Los biomédicos tienen jornada completa pu, para hacer pura gestión y yo termine de ver pacientes, yo tengo oficialmente una hora, tengo tres horas semanales pero no me da porque lo demás quita harto tiempo” (OP2).

“somos tan estructurados en salud, que si un especialista acepta atención con Machi, todos para abajo no lo cuestionan, que también es un tema muy característico de la salud, somos muy jerárquico y estratégicamente para nosotros fue bastante positivo, porque ya esa área en particular, observaba que el especialista estaba trabajando con la Machi, la resistencia también para abajo disminuía incluso no habiendo protocolo” (OAI).

d) La generación de estructuras de funcionamiento estándar generalizable en la población atendida incentivan la **Institucionalización**. Procedimentar las prácticas terapéuticas, homologar los criterios y estandarizar las atenciones, generando una burocratización en el proceso de atención, son elementos que se perciben, alejándose cada vez de la personalización de las atenciones tan solicitada por los pueblos originarios.

“Al principio yo me oponía un poco a la elaboración del protocolo porque sentía que estábamos institucionalizando la cultura, los conceptos culturales. Lo estábamos tomando y lo estábamos convirtiendo en procedimientos institucionales, sin embargo con el tiempo, cuando me doy cuenta el efecto que provoca un protocolo el que sea en el quehacer diario de los funcionarios, yo dije no tenemos opción” (OAI).

“Los protocolo de salud mental juntamente ese protocolo es el que todavía no está firmado, porque ya estamos en lo último, con Prosam ya terminamos, con Cosam ya terminamos, el otro día nos juntamos con hospital de día terminamos la semana pasada, ya, nos queda solamente la UCEP, que hagan una última revisión para poder enviarnos nuevamente a calidad, para que lo firme, nosotros queremos que esté firmado para el día mundial de la salud mental esperamos que se firme, pero como te digo la formalización del protocolo todavía está en el proceso al menos salud mental” (OAI).

“Ahora los protocolos que nosotros tenemos son transversales porque por ejemplo si una paciente que está por salud mental, en la UCEP y quiere tomar Lawuen y quiere verse con Machi, el Protocolo de alimentación con pertenencia cultural que nosotros tenemos, que está enfocado a los pacientes hospitalizados, le permite a ese paciente tomar la Lawuen y atenderse con Machi aunque esté hospitalizado” (OAI).

- e) El aumento de los requerimientos de atención asociada a un trabajo clínico en box por sobre lo comunitario por el gran número de personas que solicita atención individual en materia de salud mental, es lo que denominaremos **Demanda Asistencial**.

El aumento de la población posterior al estallido social y la pandemia, incrementó las consultas de salud mental de forma individual y en box, lo que produjo una disminución en el trabajo comunitario, disminuyó la coordinación con la unidad de salud intercultural y limitó el trabajo con las comunidades Mapuches, es lo que queda expresado en las notas de campo.

“yo creo que en el modelo de salud familiar que se está implementando debe existir mayor trabajo comunitario, lo que nos falta y no es porque los profesionales no quieran, sino por un tema de tiempo, porque existe tanta demanda de atención de atención cerrada en box, que da poco tiempo para hacer trabajo comunitario” (OP1).

“ahora nosotros igual empezamos a absorber lo de las DAS (departamento de salud municipal) y viene bueno después viene el estallido social y todo lo que tiene que ver con la pandemia y también la población creció mucho más, hubieron cierres de empresas, cuestiones grandes en las grandes capitales y la gente llegó sin trabajo, a quedarse en las casas de sus familias y empezaron a crecer la población flotante por decirlo así, en las casas había mucha gente en las casas empezaron a hacinarse y la gente estaba como afuera,

empezó a crecer la población inicialmente visualmente lo que había pero luego ya la gente empezó con más fuerza el tema de las tomas de terrenos, y ahí creció mucho más Cañete urbano” (OP2).

“Yo creo que entre nosotros debiese existir una mayor alianza con el equipo de Intercultural, a trabajar en conjunto con el equipo, porque en realidad nos daría la chance de tener más acceso también, porque la demanda, la demanda de tanto usuario no te deja, no te da el espacio como para poder generar espacios más amplios para poder trabajar con el área intercultural, ellos también igual tienen mucho trabajo” (OP1).

7. DISCUSIÓN

En el presente capítulo, se integran los principales hallazgos obtenidos en la investigación, incorporando elementos del marco teórico de referencia, como una forma de dar respuesta al objetivo general y específicos planteados. Mediante un continuo proceso de análisis e interpretación, se diseñan orientaciones y recomendaciones incentivando la implementación de acciones que fortalezcan y mejoren la calidad de los servicios brindados desde una perspectiva intercultural.

Dentro del grupo de experiencias que se lograron explorar y describir de personas Mapuche Lafkenche, que han contribuido en su recuperación, como queda representado en el esquema gráfico o mapa conceptual diseñado por la herramienta cualitativa CmapTools versión 6.04(76,77) (**Ver figura 4**), podemos mencionar, lo siguiente:

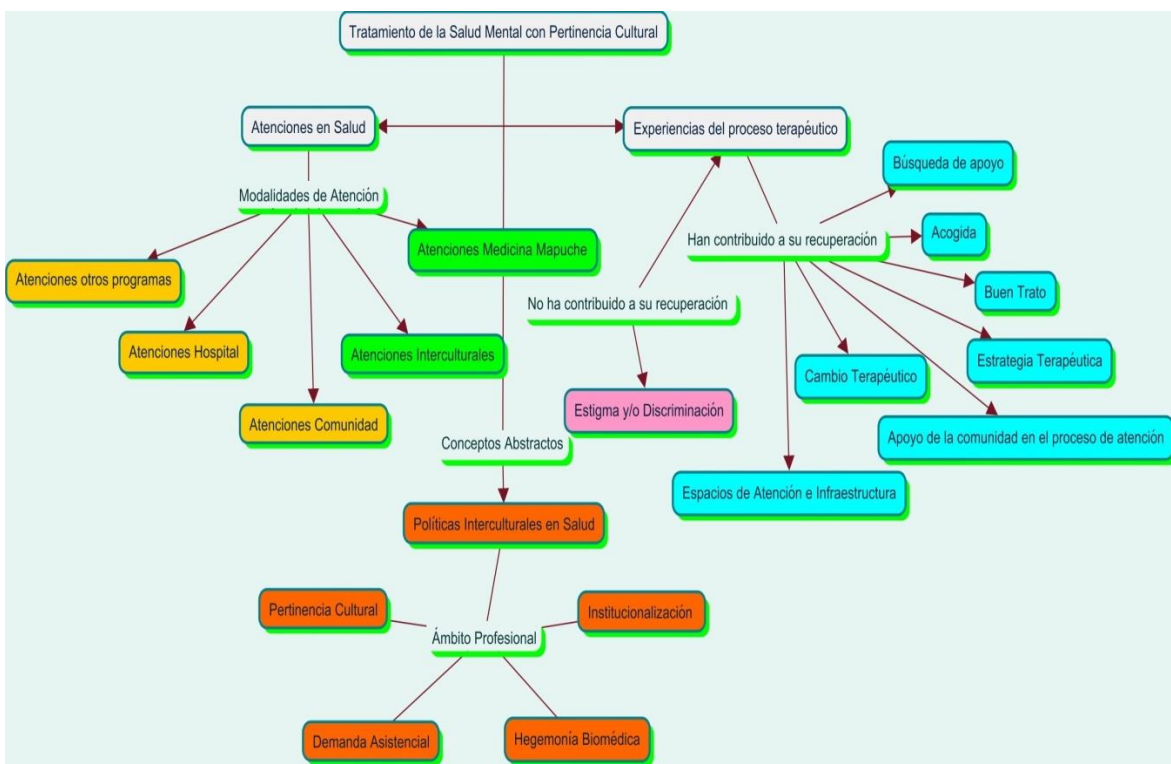


Figura 4 – Esquema Gráfico Análisis Microetnográfico CmapTools

Experiencias y significados que han contribuido en el tratamiento de la salud mental en personas Mapuche Lafkenche del Hospital Kallvu Llanka Provincia de Arauco

En primer lugar, se identifican distintas modalidades de atención que han contribuido en el bienestar de la salud mental. Dichas modalidades tienen su origen en el modelo de atención con adecuaciones técnicas y pertinencia cultural articulado con sanadores tradicionales, el modelo de atención biomédico, y atenciones con sanadores tradicionales.

Las atenciones basadas en el reconocimiento de la cosmovisión Mapuche, que incorporan adecuaciones técnicas y negociación en el trabajo terapéutico, se desarrollan en un contexto de subordinación a la biomedicina, sin embargo incorporan atenciones con pertinencia cultural, articulado con sanadores tradicionales. Como lo señala Ana María Alarcón(3), éste tipo de atención desarrollado en Chile, considera iniciativas y experiencias que complementan la atención convencional de salud del usuario, organizando los diversos modelos de salud en una atención intercultural con pertinencia cultural realizada por Machi, Lawuentuchefe u otros sanadores tradicionales. Incorpora la capacitación de equipos de salud en aspectos globales de la cultura y el idioma Mapuche, como elementos fundamentales para la comprensión y abordaje de los problemas de salud mental. Además, contempla la utilización de facilitadores interculturales que intermedian en la relación de diversas áreas del saber Mapuche y las acciones culturales, así también con sanadores tradicionales, siendo ellos quienes acompañan al paciente en todo su proceso.

Algunos elementos importantes en la atención intercultural, tienen relación al contacto inicial y vínculo terapéutico cercano, reconocimiento de su cultura, cosmovisión y lengua nativa, así también el interpretar al otro, en una dinámica permanente de conocimiento, comprensión y empatía por parte de los profesionales del programa, importantes en el proceso de recuperación de la persona Mapuche Lafkenche. Se agrega, la valoración de sus actividades cotidianas de la vida diaria, los ritmos locales y el espacio en que habitan, su "Ruca", su relación con la tierra (Mapu) y la naturaleza como lugar de bienestar, lo que implica aceptar a la persona en su totalidad, lo que hace la diferencia en una relación de confianza y apoyo. Lo anterior, se observa en distintos programas de

tratamiento de salud mental para pueblos originarios(44,46,48), en donde ha contribuido contar con un entorno de apoyo y cuidado durante su proceso de recuperación, así como también tener conversaciones en su lengua nativa resultan valiosas. En general, la experiencia de conformar una familia o comunidad en la atención, permitió el desarrollo de confianza interpersonal y un sentido de pertenencia con efectos positivos. Un mayor énfasis en la relación, la espiritualidad, un mayor uso de la lengua y la consideración de su cultura en lo cotidiano, promueve beneficios en su recuperación.

Para las personas Mapuche que participaron de las entrevistas en profundidad, lo primero es poder establecer una relación que permita generar lazos de confianza y colaboración mutua, orientada a la personalización de la atención. Lo anterior, puede ser transgredido rápidamente por cuestionamientos derivados de la ignorancia o desconocimiento de un profesional a las formas de vida de una persona Mapuche Lafkenche, lo que rápidamente puede ser interpretado como una agresión a su persona, en una relación de poder asimétrico en donde el profesional se sitúa en la posición de dueño de la verdad absoluta, sin considerar las dinámicas culturales asociado a dicho estilo de vida y su cosmovisión, propio del modelo médico hegemónico(78,79). Enfrentarse a barreras lingüísticas, a limitaciones impuestas por personas que no pertenecen a su pueblo de origen desconociendo su cultura, la ignorancia y la percepción errónea de las mismas puede interferir en una relación de confianza y colaboración en el desarrollo de su recuperación(44).

La complementariedad de saberes y convivencia entre la medicina occidental o biomédica y la medicina Mapuche es cotidiana, las personas suelen acudir de forma simultánea a ambas medicinas. También, una tercera práctica menos evidente en el discurso es la autoatención que se encuentra al interior de su "Ruca" no intermediado por un agente tradicional o por un profesional de salud. Para el profesor Menéndez(78), es un conjunto de prácticas curativas y preventivas que utilizan los diferentes conjuntos sociales (clases sociales, estratos sociales, grupos étnicos, grupos ocupacionales), es así como las diferentes formas

de atención que operan en la sociedad tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o fuertemente diferenciadas, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las formas de atención. Sin embargo, se observa una tendencia en la actualidad de integrar las diferentes formas de atención más que a antagonizarlas, excluirlas o negarlas en función de otras. El concepto que domina en la sociedad actual es el pluralismo médico, término que refiere que en nuestras sociedades la mayoría de las poblaciones utilizan potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud, como se puede apreciar en la población Mapuche.

A diferencia de lo anterior Pérez et al(36), observa que la complementariedad entre sistemas médicos no es un tema prioritario para el Estado de Chile, la salud intercultural es percibida en el territorio en un ámbito más político, por el rol del Estado en la pauperización de las condiciones de vida del pueblo Mapuche. Sin embargo, el profesor Menéndez(78) parte del supuesto que la mayoría de los conjuntos sociales practican sintetizadamente o no todas las series de creencias y saberes curativos y preventivos respecto de las enfermedades, padecimientos o problemas que padecen, siendo prácticas dinámicas que se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o incluso desaparecen sin intervención de los Estados. Las prácticas, saberes e ideologías no pueden ser definidos a través del mantenimiento intencional o funcional de elementos exclusivamente tradicionales, sino que deben ser entendidos como procesos dinámicos cuyo parámetro será el padecimiento, las estrategias de acción y las consecuencias en la interacción socio ideológicas.

Como menciona el profesor Menéndez(20,78), las relaciones interculturales existen en Latinoamérica y son parte de la vida cotidiana en los territorios por lo tanto resulta muy necesario conocerlas a la hora de implementar un programa de salud mental con pertinencia cultural. Las comunidades Mapuche han identificado distintas habilidades y factores individuales en los profesionales que participan del

programa, que hacen la diferencia en su elección, el compromiso con su cultura y una positiva disposición a ayudar en materias de salud mental. Como refiere Lauzière et al, las experiencias significativas entre usuarios de pueblos originarios y el personal de salud, sus cualidades, habilidades personales y relacionales positivas en un modelo de atención flexible, así como la sensibilidad del programa hacia la población atendida son algunos elementos a considerar en un tratamiento con pueblos originarios(45). La actitud selectiva de parte de la población Mapuche, en la elección de profesionales de la salud más sensibles en materias de salud intercultural, ha permitido mejorar la adherencia y ha influido positivamente en el proceso de adecuación de sus prácticas en beneficio de la población atendida.

Si bien existe en algunos profesionales de la salud mental respeto y sensibilidad particular por la cosmovisión Mapuche, el sistema de salud Mapuche y sus conceptos en torno a la armonía, el equilibrio entre ser humano y su entorno natural, social y espiritual(38), no todos podrán participar de sus prácticas, ya que depende de la aceptación que las familias Mapuche y sus comunidad realicen del programa de atención. Es así en dónde el rol de los facilitadores interculturales adquiere protagonismo, ya que al pertenecer al pueblo Mapuche y a la comunidad, ayudan a identificar el padecimiento, orientan en el tipo de atención y acompañan de forma cotidiana al paciente en su proceso de atención.

Pérez et al(36,37), sobre el proceso de implementación de la política de salud intercultural, ha señalado que se ha desarrollado sin participación de los usuarios y recae exclusivamente en la figura del facilitador intercultural. En la actualidad el hospital Kallvu Llanka ha ido conformando sub unidades que colaboran con adaptaciones culturales derivadas de los mismos usuarios. Los requerimientos asociados a dichas adaptaciones culturales, surgen de los denominados Trawün o actividades comunitarias, lo que ha permitido adecuar las prácticas a las necesidades identitarias del pueblo Mapuche, orientando en la revitalización de la cultura y el fortalecimiento de la identidad Mapuche, con el sentido de valorar la cultura Mapuche y la identificación de factores protectores. Existe la subunidad de Gestión Directiva que se encarga de visibilizar las prácticas; la sub unidad de

salud sexual y reproductiva; la subunidad Kimkelen Mognel encargada de curaciones, comedores de hueso y alimentación con pertinencia cultural; reconocimiento y validación de agentes de salud; reconocimiento y validación de la medicina popular; difusión y la subunidad de Capacitación, inducción y sensibilización; Salud Mental y finalmente, subunidad de Sensibilización. La organización que ha logrado materializar el hospital, se encuentra orientada a adecuar las prácticas curativas y preventivas en salud para el beneficio de la población Mapuche Lafkenche.

En su territorio las personas Mapuche viven de distinta forma su cultura y dependiendo del grado de tradición, la atención adquiere mayor complejidad. Los profesionales del programa deben estar atentos y en caso de no contar con los conocimientos necesarios en la comprensión del fenómeno de enfermedad Mapuche, deben acudir a los facilitadores interculturales, lo que les permite adquirir mayor pertinencia cultural, entrelazándose también con atenciones que son parte de la canasta de prestaciones convencionales en salud mental.

La unidad de salud intercultural en su misión de colaborar con las comunidades acercando la salud Mapuche a los distintos sectores, articulando atenciones con sanadores tradicionales, hace un tremendo despliegue humano y logístico que requiere distintos tiempos de traslado, observándose gran dispersión geográfica de los sanadores tradicionales, lo que requiere el uso de recursos permanentes para el traslado de personas enfermas, es lo que expresan también en el centro de salud Mapuche Huinkul Lawuen de Puerto Saavedra(48), viéndose afectado en el traslado de los sanadores tradicionales por falta de recursos económicos.

Un aspecto importante a destacar rescatado de la observación etnográfica en el octavo seminario de interculturalidad organizado por el hospital Kallvu Llanka durante el mes de octubre del 2023 y que no colabora en el proceso de recuperación de las personas Mapuche, es lo disminuido que se muestra el trabajo colaborativo en el territorio de Cañete, entre la atención municipalizada y el

hospital. Al comparar la experiencia que expone la comuna de Puerto Montt en el seminario, en dónde existe una activa coordinación y participación en beneficio de los usuarios, la comuna de Cañete muestra una baja participación de las organizaciones de base o comunidades Mapuche y no Mapuche. A diferencia de la experiencia de la comuna de Puerto Montt, en que predomina la autogestión, autodeterminación y empoderamiento de las comunidades. Una explicación que surge de los participantes del seminario, es que en la comuna de Cañete el rol del Servicio de Salud es más activo en contraste de la baja participación de sus organizaciones. Es así como Mateo(14), refiere que la interculturalidad en Latinoamérica es impulsada sobre todo por los estados y fuertemente conectada a los proyectos desarrollistas que impulsan la modernidad.

A diferencia de lo anterior, en la comuna de Puerto Montt el trabajo surge desde las comunidades, lo que hace una gran diferencia a la hora de evaluar sus avances en términos de participación social, compromiso, autogestión y autodeterminación; el Servicio de Salud de Reloncaví del cual depende la comuna de Puerto Montt, históricamente ha tenido gran participación en impulsar el modelo de atención intercultural, de una forma respetuosa de las organizaciones del territorio que poseen autonomía y liderazgos propios. Dicho fenómeno adquiere fuerza cuando anclamos el concepto de competencia estructural, el cual representa un giro desde el individualismo del movimiento de competencia cultural, hacia un análisis e intervenciones basadas en las fuerzas colectivas y la capacidad de los profesionales de la salud de reconocer y responder a la salud y enfermedad de los amplios efectos de las estructuras sociales, políticas y económicas(43).

Un aspecto relevante observado en las distintas fuentes de información en el proceso iterativo de la investigación, es que el grado de contribución del programa de tratamiento con pertinencia cultural del hospital Kallvu Llanka con población Mapuche Lafkenche en el territorio es dinámico, así también la implementación de la política de salud intercultural, considerando que es una relación que se debe construir como proyecto social y político entre pueblos que conviven en un mismo

territorio. A pesar de lo anterior, investigadores en una actitud esencialista en sus observaciones referidas a los programas de tratamiento con pertinencia cultural, refieren que no contribuyen a satisfacer las demandas en materias de salud mental del pueblo Mapuche(36,37) y sólo describen el impacto negativo de las políticas interculturales por ser descontextualizadas y poco cercanas a la realidad local de las comunidades, sin describir el proceso de implementación en el contexto de sus avances y retrocesos(32).

Las acciones que se desarrollan en un contexto de Atención en Hospital, en donde prima la biomedicina y el entramado de la canasta de prestaciones habituales en salud mental, que se caracteriza por no diferenciar las distintas poblaciones atendidas, deja entre ver las estrategias universalistas como método de integración de grupos socioculturalmente distintos, dando origen al ideal del asimilacionismo como mecanismo de expansión de la biomedicina, limitando el escenario de la diversidad cultural(11).

Dicha expansión ocurre en un proceso de continuidad / discontinuidad, dónde lo primero se da por el constante aumento pero intermitente proceso de expansión, basado en la investigación biomédica, la producción farmacológica y la medicalización. La discontinuidad aparece por orientaciones críticas al interior del modelo y fuera de la propia biomedicina en otras formas de atención(78). Dicha expansión surge por la actividad profesional y los niveles de cobertura, pero también por la planificación de los recursos que elevan la calidad de los servicios, lo que se conoce como el uso racional de los recursos(78).

Las Estrategias Terapéutica de Apoyo utilizadas con usuarios en el programa de salud mental no son muy distintas de las que se utilizan en la población general. Se observan herramientas que favorecen la comunicación, el diálogo y entendimiento; así también estrategias de contención emocional; estrategias de mediación frente a relaciones de parejas en conflicto por violencia y terapia de pareja para mejorar su convivencia. Se observa la utilización de algunas herramientas propias del proceso de psicoterapia, en donde se establecen registros de la experiencia discrepante a través de bitácoras, propios

del entrenamiento de un método de exploración con muy buena respuesta por parte de los usuarios Mapuche, lo que queda de manifiesto en las entrevistas en profundidad. Se promueve la exploración de la experiencia personal que permite aminorar la discrepancia emocional y resignificar su narrativa, buscando alternativas de solución más flexibles y coherentes para la persona muy comunes en el mundo actual. Se observa la utilización de metáforas y una actitud contenedora del terapeuta, empatizando con su dolor lo que las personas Mapuche consideran han contribuido en su recuperación.

Para Bernal et al(47), señala que es posible adaptar culturalmente la psicoterapia y los tratamientos en salud mental basados en la evidencia, mostrando resultados positivos, incluso no compartiendo su misma lengua o valores culturales en la población atendida. Las herramientas o métodos en psicoterapia individual, grupal y comunitaria, se gestan en parte desde la biomedicina, a pesar que son uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico, específicamente el referido a la salud mental, caracterizándose por una actitud ecléctica en su disciplina, la biomedicina en cuanto a institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica(78).

Como señala el profesor Menéndez(78), la biomedicina actual se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que expresan la orientación dominante de la medicina y evidencian el tipo de relación que la biomedicina establece en los distintos conjuntos sociales, así también con las otras formas de atención. Las principales características del denominado Modelo Médico Hegemónico de Menéndez son el biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia programática, orientación curativa, relación médico / paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con racionalidad científica, la salud / enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, dicha dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico y de la mayoría de las profesiones de la salud, en donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistémica sobre otras formas de atención(78).

La Atención en Comunidad sigue la pauta de la biomedicina, en actividades de promoción, prevención y atenciones programadas en el territorio, lo que va configurando un sistema de atención predominante, con énfasis en la población general, tanto en sus dinámicas promocionales, como en su formato de presentación que carece de pertinencia cultural, a pesar que la comuna de Cañete presenta alta concentración de población Mapuche que convive con la población Chilena.

En una de las visitas realizadas al territorio en el contexto de una ronda de salud rural, un grupo importante de profesionales coordinados con la directiva de la comunidad, realizan un despliegue de recursos humanos y físicos para brindar una atención integral en los lugares alejados que habitan las personas Mapuche y no Mapuche. Lo anterior, es bien recibido por la comunidad promoviendo cercanía entre el personal de salud y las personas del territorio. Las limitaciones para la comunidad respecto al acceso de la salud, son el aislamiento, la lejanía de centros urbanos, la falta de locomoción y el dinero que requieren las personas para trasladarse. El trabajo comunitario y la asistencia a la comunidad, es un requerimiento permanente de las comunidades, sobre todo en la posibilidad de establecer una relación estable y permanente en el tiempo. Sin embargo, la alta demanda asistencial en los centros de salud limita que los profesionales cuenten con una estrategia de trabajo territorial comunitario. Las adecuaciones que realizan en la atención se ven limitadas por la infraestructura, la rotación de las personas en su atención y la creatividad/proactividad de los profesionales. Adquieren mayor protagonismo las atenciones realizadas por el personal biomédico y su énfasis se encuentra en el cumplimiento de la canasta de

prestaciones individuales convencionales, para dar cumplimiento a las metas definidas por el ministerio. Algunos profesionales intentan innovar interactuando con los usuarios de forma activa en la entrega de información de salud en modalidad de grupos, sin embargo el material promocional y preventivo utilizado no se ajusta a la realidad local y tampoco las personas colaboran demasiado en dicha interacción, mostrando cierta pasividad cordial.

Como lo señala el dirigente de la comunidad, producto que las rondas de salud rural no son muy frecuentes, las personas se muestran retraídas y en silencio, y a su vez muy amables, observándose una asimetría en la relación con los profesionales. La baja proactividad de las personas y una evidente asimetría en la relación, me lleva al concepto utilizado por Walsh(4), el de interculturalidad funcional. Si bien se promueve la inclusión de la diversidad en la estructura social establecida, busca promover diálogos, convivencia y tolerancia, no profundizando en las dinámicas de asimetría, desigualdad social y cultural, tampoco cuestiona las reglas del juego, siendo compatible con la lógica del modelo neoliberal, funcional al modelo dominante en un escenario en donde todos participan, tanto profesionales como usuarios Mapuches y no Mapuches, siendo la nueva estrategia que promueve la conservación de la estabilidad y un orden social.

Finalmente, el modelo de atención aún considera tiempos reducidos de atención, debido a la alta demanda y al sistema de gestión de atención para población general basado en el rendimiento. Se observa que no considera la cultura en los ritmos de atención o estrategias que se ajusten a los tiempos de las comunidades Mapuche, siendo parte de los reclamos habituales de la población Mapuche, ser atendidos en un rango de quince a veinte minutos. Según el profesor Menéndez, la tendencia a reducir cada vez más los tiempos en la relación médico / paciente y en especial, el tiempo dado a la palabra del paciente, potencia la tendencia histórica de la biomedicina a establecer una relación asimétrica y una dinámica institucional que refuerza dicha orientación, lo que se puede apreciar a lo largo de la investigación, más allá de los discursos y reflexiones de científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias(78).

Las prácticas medicinales ancestrales o Atenciones de Medicina Mapuche en que participan personas, familias y la comunidad, realizadas por agentes tradicionales Mapuche, atención por Machi, Lawuentuchefe, entre otros, que se desarrollan en el territorio de la provincia de Arauco, aún funcionan de forma autónoma al modelo médico hegemónico. Son parte de las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales y como señala el profesor Menéndez(78), el relativo énfasis actual en la recuperación de dichas prácticas tiene como objetivo que pueden ser diferenciados y aparecer como complementarios o conflictivos según sean los sectores sociales que se hagan cargo de los mismos. Algunos ejemplos tienen relación a la extensión en la cobertura, abaratamiento de costos, legitimación ante conjuntos sociales; desde la perspectiva de la práctica médica, puede suponer competencia sobre todo con médicos de formación reciente y cuya incorporación al mercado laboral se hace dificultosa; desde la perspectiva de los conjuntos sociales, abaratamiento en la atención, revalidación ideológica de sus propias prácticas; desde la perspectiva de algunos autores, la validación de mecanismos de identidad e integración social, de generar una alternativa autogestionaria en salud; finalmente, desde la perspectiva de la industria farmacéutica, puede suponer incentivar la automedicación.

El concepto de salud mental es inexistente en la cultura Mapuche, las personas Mapuche que se han atendido en el programa de salud mental y que han presentado un diagnóstico occidental de su enfermedad, también consultan simultáneamente a un sanador tradicional de la medicina Mapuche, con múltiples beneficios. Para la Machi su preocupación es por la persona, más que su diagnóstico médico, y el problema de la persona es circular y relacional, involucra no solo a su entorno más cercano, sino a su comunidad y su conexión con la naturaleza y la espiritualidad, como lo refiere Pilquinao y Reyes, en su ensayo de estudio de caso con enfoque etnometodológico(80).

Como lo menciona Andrés Cuyul(28), la concepción de salud del Mapuche está arraigada a la categorización del mundo y por tanto entendiendo las nociones de bienestar (küme felen) y enfermedad (Kütran) como dualidad, es decir,

opuestos complementarios en la cual se define la vida y como parte integral de un buen vivir (küme mongen) más amplio. Ésta perspectiva posee manifestaciones en las dimensiones socio espirituales y psico biológicas, cuyo principal fundamento es la forma de entender el mundo, la cosmovisión, en tanto producto del conocimiento emanado de la interacción con el territorio y las normas sociales, reproducido en las dimensiones individual y colectiva en distintos contextos.

El origen de la enfermedad Mapuche centrada en el equilibrio/desequilibrio, la energía positiva/negativa que circunda su cosmovisión, resulta de fundamental conocimiento en el camino de cada Mapuche, así también para el equipo de atención. Para la Machi de la comunidad Chukauco de Freire, referido por Pilquinao y Reyes(80) las formas habituales de enfermar identificadas en dicho contexto, fueron la posesión de un espíritu maligno que puede venir de la misma naturaleza y la transgresión de un lugar sagrado, ambas experiencias fueron atendidas por Machi generando una experiencia de bienestar para la persona Mapuche.

Otras enfermedades son abordadas de forma colectiva en el mundo Mapuche y con colaboración de la comunidad, utilizando códigos culturales que son parte de las ceremonias de sanación y agradecimiento, los problemas de alcoholismo son contenidos, y considerando que el consumo problemático de alcohol genera tensiones en la convivencia de las comunidades y sus miembros, alterando el orden de sus ceremonias y deteriorando la práctica ancestral, perjudicando al Machi como autoridad espiritual. Se ha instaurado la prohibición del alcohol, no sólo como un acto colectivo, sino que surge del Machi por el llamado de sus divinidades que otorgan salud y protección a la comunidad. En el mundo Mapuche existen distintos códigos en la relación de cuidado y sanación, todo encuentra un orden que es importante mantener, de dicho orden depende el bienestar del paciente y también del Machi, lo que resulta relevante conocer.

Las motivaciones que hacen que una persona opte por una atención de medicina Mapuche o biomedicina occidental, me lleva a pensar en la primera definición de interculturalidad en salud en Chile, realizada por el médico Jaime

Ibacache en que la refiere como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimiento, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”(27). Para una persona Mapuche el verse enfrentada a una transgresión generada por su propia responsabilidad y tener que cumplir con los protocolos culturales que ofrece la Medicina Mapuche, para avanzar en su recuperación, puede generar una contradicción asociada a no sentirse preparada para hacer dicho camino, lo que limita el enfrentamiento del Kūtran (enfermedad). La autodeterminación, en un enfoque de derecho en sociedades democráticas, permite que los ciudadanos puedan elegir legalmente el modelo de atención de su cultura u otro que sientan pueda entregar beneficios a su salud mental(3), es así como la construcción de sociedades pluriétnica e interculturales implica reconocer la dinámica de poder de estado y la urgente necesidad de disminuir el nivel de control y poder sobre los pueblos originarios(3,41).

Las prácticas de autoatención son habituales en la población Mapuche, asociado al conocimiento adquirido históricamente y la utilización de distintas hierbas medicinales o Lawen, en su uso cotidiano para distintas dolencias, no estando intermediadas por un sanador tradicional. Como menciona el profesor Menéndez(78), y a diferencia de México no está referida al uso exclusivo de medicamentos, sino al uso de infusiones de hierbas o Lawen y a actividades de diferente tipo como el uso de cataplasmas entre otros, que son decididos y usados por los sujetos y micro grupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padecimientos o para estimular determinados comportamientos.

De las experiencias propias del proceso de tratamiento, resulta importante iniciar con un aspecto que destaca en el relato de usuarios Mapuche y funcionarios de la salud, que si bien no colabora en la recuperación y bienestar, tampoco colabora en la implementación de un modelo de salud intercultural, por la trascendencia que tiene en la historia del territorio de Arauco, pero sobre todo en la relación histórica entre el pueblo Mapuche y el Estado de Chile, me refiero al

fenómeno del estigma y/o discriminación. Para el historiador y antropólogo chileno José Bengoa(81), “el Estado de Chile inició un proceso de conquista de tierras al sur del río Bio Bio (Guerra de Ocupación) para someter e integrar por la fuerza al Pueblo Nación Mapuche al Estado Nación de Chile, que se estaba constituyendo. Por consiguiente, para concretar la destitución territorial y la aculturación del pueblo Mapuche se recurrió al genocidio, a la castellanización, religión y escolarización de las personas”.

Distintos son los relatos de experiencias de personas Mapuche que se han sentido discriminadas y han experimentado estigma social. En algunos casos por su apellido, color de piel, vestimenta y lengua nativa, alguna de dichas experiencias ocurre en la zona urbana de la ciudad de Cañete, o en el contexto de la militarización del territorio y otras, en el contexto de la atención en salud.

Para los pueblos originarios uno de los aspectos fundamentales en el trabajo terapéutico en salud mental, es una relación de confianza y apoyo, sin embargo la fractura en un contexto histórico continúa, lo que se ve reforzado por actitudes y frases que promueven un escenario de discriminación y estigma.

Las experiencias se pueden trasladar al box y a la relación médica / profesional, en la confianza que significa compartir sus creencias y tradiciones, versus sentirse cuestionado o avergonzado por el solo hecho que su cosmovisión no se ajustan al paradigma médico/profesional. Un conjunto de características del modelo médico hegemónico tiende a establecer una relación de hegemonía / subalternidad de la biología respecto de otras formas de atención o también de relacionarse con el medio circundante, excluyéndolas, ignorándolas o incluso estigmatizándolas; también se puede dar una aceptación crítica o definirlo como un uso complementario, pero siempre con carácter de subordinación(78). Dichos escenarios muestran las limitaciones que presentan algunos profesionales / médicos de adecuarse a un contexto cultural distinto que el de referencia.

Un acto de discriminación símbolo, ha quedado en el colectivo de la comunidad y en la historia del hospital, denominado el acontecimiento del 15

S(82). Dicho acontecimiento incentivó actitudes de discriminación de parte de la comunidad hospitalaria hacia el pueblo Mapuche, siendo necesario fortalecer la unidad de salud intercultural ampliada, la que convoca a distintos estamentos y profesionales a mejorar las prácticas de atención con población Mapuche.

La tensión que existe en el territorio de Arauco debido a distintos hechos violentos, muestra a un pueblo Mapuche que difícilmente frente a la prensa escrita, la televisión y las redes sociales, logran diferenciarse de pequeños grupos organizados en su reivindicación histórica que han optado por el camino de la violencia. Sin embargo, en mi relación y paso por el territorio de Arauco lo que se observa del pueblo Mapuche, es que son personas de convivencia pacífica que luchan por sus derechos permanentemente, cuando el Estado Chileno no respeta su tradición histórica de ser parte del territorio y vulnera sus derechos de distinta manera.

Los Espacios de Atención e Infraestructura en dónde se desarrolla la atención, destacan sus diseños alusivos a la cultura Mapuche y señalética en español y lengua Mapuche, que intentan acercar la salud a la cultura. Como lo destaca Andrés Cuyul(28), la política de salud dirigida a pueblos indígenas ha promovido la denominada “salud intercultural” mediante el despliegue de una oferta de atención biomédica con “pertinencia cultural” y considera la utilización de señalética, infraestructura y material en lenguas indígenas. En algunos casos, se han generado atenciones de terapeutas tradicionales en centros de salud, lejos de su territorio y su “Mapu”, generando procesos de multiculturalismo en salud. Agregar que el material audiovisual promocional del hospital, no se ajusta a la realidad de la población local, Mapuche y no Mapuche.

Destacan en el lugar, espacios de amamantamiento privados para las madres y sus bebés en todas sus salas de espera, la limpieza del lugar que es algo frecuente y la sobre proporción de guardias de seguridad en distintos espacios del hospital.

Otros espacios donde se desarrollan actividades de promoción, prevención y atención en el sector urbano, son el salón de la Ilustre Municipalidad de Cañete, lugar que se caracteriza por ser amplio y cómodas butacas, estar remodelado, cuenta con un escenario, sistema audiovisual y sistema de iluminación; el programa de salud mental, también desarrolla actividades en los colegios de la zona urbana de la comuna y en el sector rural, una escuela en desuso ocupada por la comunidad en donde se han diferenciado espacios con un biombo para poder desarrollar las atenciones médicas, el resto de los profesionales atienden en espacios comunes. La matrona y la dentista cuentan con vehículos habilitados para las respectivas atenciones, el móvil dental y ginecológico.

La infraestructura nueva y renovada del hospital, es percibida por los usuarios de distinta manera, desde muy bonita como lo refieren, hasta que los entornos son fríos pensando en una atención intercultural y que carecen de áreas verdes, refiriéndose a bosque nativo. En sus relatos, se aprecia cómo el entorno de las Machi se ha visto precarizado por la intervención de las forestales, lugares áridos en dónde el agua llega con camiones aljibes.

En el territorio, su entorno militarizado y de resguardo policial no pasa desapercibida. Distintos controles policiales se encuentran en la ruta al hospital, en la rivieta del lago Lanalhue, la intersección del sector de Peleco entre las comunas de Contulmo y Tirúa y a metros del hospital; en mi ruta en moto se evidencia el tránsito de carros blindados, tanquetas y material de guerra, es lo que destaca a pocos metros del centro de salud, en sus carreteras y en la ciudad de Cañete. El estado de excepción de la zona macro sur, no pasa desapercibida para los habitantes de la ciudad, las comunidades Mapuche y tampoco para usuarios del Hospital, que se encuentra ubicado a un costado del camino principal. Un lugar no muy propicio para la implementación de un modelo de salud intercultural, en que supone la creación de múltiples relaciones y la construcción de diálogos simétricos; una interrelación equitativa entre pueblos, personas, conocimientos y prácticas culturales distintas, una propuesta de sociedad o un proyecto político que se construye desde la gente, lo social y lo ético(4,7).

Sobre la Búsqueda de Apoyo, existen distintas motivaciones asociadas a la búsqueda de apoyo, algunas que son frecuentes se encuentran relacionadas a la consulta espontánea, motivado por un referente significativo o un contexto judicial. Es importante destacar que las personas Mapuche Lafkenche entrevistadas no lo tiene incorporado como una práctica habitual, ya que se muestra más reservado frente a temas personales, incluso ante su familia, suele resolver sus dificultades sin ayuda de los demás. Algunas estrategias que proponen las personas Mapuche frente a la necesidad de apoyo, es intermediar con personas cercanas de confianza, que puedan ayudar en dicha misión. Otras sugerencias que surgen de la comunidad, es establecer una permanente relación entre los profesionales del hospital y la comunidad, en donde exista un diálogo permanente que permita conocer el programa y afianzar los lazos, es lo que expresan miembros de la comunidad de Reputo. Los profesionales no opinan tan distinto, ya que para las personas del pueblo Mapuche existen otras soluciones y una baja probabilidad de poder consultar a un profesional del área de la salud mental. Refieren que al no existir una relación de confianza, la búsqueda de apoyo es más habitual en personas cercanas a su comunidad, sus familias y más aún a personas que compartan su cosmovisión y sus creencias.

Otro grupo de discursos que fue referida sólo por profesionales, destacan conceptos abstractos propios del quehacer profesional y técnico.

El primer concepto es el de Política Intercultural en Salud, la que en su implementación en la provincia de Arauco, no ha estado exenta de polémicas sobre varias transgresiones que ocurrieron en el proceso de materialización, principalmente asociado a la inauguración del hospital Intercultural. Uno de los aspectos que destaca, sobre todo si consideramos la interculturalidad como lo refiere Mignone et al(6), que es el encuentro entre culturas basado en el respeto mutuo, el reconocimiento de sus saberes, la disposición hacia el intercambio y la flexibilidad, y al no existir la confirmación de las comunidades Mapuches y sus autoridades ancestrales para su inauguración y puesta en marcha, resulta ser una de las primeras asimetrías que deja ver dicha transgresión.

A pesar de lo anterior, el programa de salud se integra en las políticas de salud mental desde las prácticas e incorpora a los usuarios en la construcción de dicha política, no solo acciones orientadas al programa de salud mental sino de forma transversal con otras unidades. En el caso de la unidad de salud intercultural que es transversal a los distintos programas, la estrategia para avanzar al igual que el programa de salud mental, fue escuchando y dando respuesta a los requerimientos de la población Mapuche, mediante la generación de protocolos con pertinencia cultural. Para Cuyul(28) representa la “transversalización del enfoque intercultural” a través de acciones como “alimentación tradicional”, “armonización de modelos médicos”, “diseños arquitectónicos con pertinencia cultural”, “promoción de huertos medicinales”, todo parte de un nuevo dispositivo llamado “salud intercultural”, es decir combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que finalmente no forman parte de la estructura de las organizaciones de salud.

Dicha política, no profundiza en la precarización de la salud en estratos indigentes, en la escasez de tierras, la contaminación de los territorios, en la pobreza y exclusión de determinados despojos territoriales, invisibilizando elementos que inciden en la salud de las personas, es así como las personas no conciben la salud como esfera aparte del conjunto de vida social, sino como un espacio conectado, determinado y determinante de otros ámbitos de la vida(28).

Por otra parte, la política internacional que adhiere Chile, leyes nacionales e internacionales y su experiencia en derechos humanos con pueblos originarios, definen un escenario propicio de las reglas y medidas específicas para proteger a las personas en su relación con el Estados de Chile en materias de salud.

En la actualidad, existe un debate en torno a la ampliación y adecuación de la política intercultural en distintas poblaciones en Chile, como por ejemplo la migrante, sin embargo los pueblos originarios fundan su derecho en su ascendencia histórica respecto de su territorio y como lo señala Barabas(10), los migrantes no tienen dicha historicidad ni ascendencia sobre el territorio, lo que resulta valioso a la hora de distinguir entre una política que incentiva la

multiculturalidad versus el pluralismo cultural. A diferencia del multiculturalismo, el pluralismo cultural reconoce que cada cultura tiene su propia historia, tradiciones, creencias, valores y su cosmovisión, promoviendo la convivencia pacífica y el diálogo intercultural.

Para las acciones que implica valorar la diversidad biológica, cultural, social y espiritual del ser humano como factores importantes y que influyen en los procesos de salud y enfermedad, lo denominaremos Pertinencia Cultural. Para dicha misión, se han ido conformando sub unidades que han orientado su trabajo a desarrollar adaptaciones con pertinencia cultural, distintas experiencias pioneras generan un escenario propicio para avanzar en materias de interculturalidad, lo que se encuentra respaldado administrativamente por el hospital, ya que los profesionales que se quieren sumar al trabajo, cuentan con una resolución que respalda los tiempos para su dedicación.

Una dimensión valiosa de exponer y que queda reflejado en el relato de los distintos profesionales es el rol de la biomedicina en la dinámica de implementación de un modelo de salud intercultural. La existencia de una asimetría del poder entre profesionales médico especialista, otros profesionales no especialistas y el paciente, Eduardo Menéndez lo ha denominado Hegemonía Biomédica. Distintas expresiones asociadas al desequilibrio en el predominio del modelo biomédico, por sobre otros saberes y que se expresa en las relaciones de poder cotidianas, la toma de decisiones y el trabajo en equipo. Para el Profesor Menéndez(78), las prácticas realizadas por los conjuntos sociales son síntesis constantes que implican el uso de determinadas prácticas e ideologías como dominantes, y otras como alternativas subalternas a partir de un proceso de apropiación en continua transformación.

En éste caso el rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo por lo menos a nivel ideológico / técnico, dado que no solo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención(78).

Otro elemento observado, es la generación de estructuras de funcionamiento estandarizables en la población atendida que incentivan la Institucionalización. Procedimentar las prácticas terapéuticas, homologar los criterios y estandarizar las atenciones, generando una burocratización en el proceso de atención, son elementos que se perciben, alejándose cada vez de la personalización de las atenciones tan solicitada por los pueblos originarios.

El aumento de la población posterior al estallido social y la pandemia, incrementó las consultas de salud mental de forma individual y en box, lo que produjo una caída del trabajo comunitario, disminuyó la coordinación con la unidad de salud intercultural y limitó el trabajo con las comunidades Mapuches, es lo que queda expresan profesionales del programa de salud mental frente al fenómeno de Demanda Asistencial.

Finalmente, estos conceptos abstractos referidos por profesionales que dicen relación a las políticas de interculturalidad en salud, pertinencia cultural, institucionalización y demanda asistencial, todos ellos son conceptos y prácticas, que provienen del mundo occidental, de funcionarios y profesionales que pensaron impulsar la medicina tradicional, sin considerar que los procesos interculturales tienen una profundidad histórica, parte de la dinámica de la vida cotidiana y no procesos excepcionales que hay que construir. Como plantea el profesor Menéndez(20,78), si queremos desarrollar prácticas interculturales respecto de los procesos de salud / enfermedad / atención – prevención debemos detectar y analizar los procesos interculturales que se encuentran operando en el territorio y a partir de ellos, tratar de impulsar y concretar colaborativamente objetivos interculturales que contribuyan con la salud mental de la población Mapuche.

7.1 Recomendaciones Orientadas al Equipo de Atención Primaria para la Atención en Salud Mental de Personas Mapuche Lafkenche.

Las recomendaciones han sido elaboradas según los hallazgos encontrados en la Actividad Formativa Equivalente (AFE) “Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental, en el

hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete”, con el objetivo de incentivar la implementación de acciones que fortalezcan y mejoren la calidad de los servicios brindados desde una perspectiva intercultural.

7.1.1 Recomendaciones para el hospital Kallvu Llanka

- a) Colaborar en conjunto con el Servicio Nacional de Patrimonio Cultural e instancias a fines, en la revitalización, promoción y preservación de las prácticas ancestrales Mapuche que se desarrollan en el territorio de Arauco en el ámbito de la salud Mapuche, procurando además no interferir o modificar sus prácticas en el camino de la implementación de una política de salud intercultural, en el sentido de evitar prácticas asimilacionistas como ocurre en otros territorios. El Hospital Kallvu Llanka, en su rol institucional como representante del Estado de Chile, debiera promover el mantenimiento y la protección del legado histórico y la riqueza patrimonial material e inmaterial de la cultura Mapuche, sus ceremonias y prácticas orientadas al arte curativo y preventivo de su pueblo en salud, procurando su autonomía plena respecto del modelo de salud chileno.
- b) Partiendo de la base que ambas medicinas conviven dinámicamente en el territorio y que las personas acuden simultáneamente tanto a la medicina occidental como a la medicina Mapuche, promover instancias de intercambio y colaboración entre saberes, con participación de la comunidad, sanadores tradicionales y profesionales de la salud mental, procurando fortalecer los lazos de colaboración y su entendimiento mutuo.
- c) Diseñar e implementar políticas a nivel local para una atención con pertinencia cultural en salud mental, que contemple la participación de la atención primaria municipalizada.
- d) Fortalecer el trabajo comunitario en salud mental con población Mapuche considerando:
 - Establecer planes de capacitación y sensibilización, exclusivos en salud mental con pueblos originarios para equipos de atención primaria, que

- contemple la cultura y cosmovisión Mapuche, así como la formación en procesos de interculturalidad e intervención comunitaria en salud mental.
- Establecer planes de trabajo local, específicamente en ámbitos de atención en salud mental comunitaria, contemplando la participación de comunidades Mapuche y la atención municipalizada.
 - Promover la implementación de mesas de trabajo territoriales con líderes locales Mapuche, que permitan coordinar acciones comunes y monitorear el trabajo en salud mental de la población Mapuche en el territorio.
- e) Visibilizar las prácticas en salud mental con pueblos originarios mediante un sistema de registros ajustado a la realidad local y una propuesta de rediseño de la canasta de prestaciones ajustada a población Mapuche.
- f) Mejorar la canasta de prestaciones de población general en materias de salud mental y ajustarla para población Mapuche, considerando:
- Las particularidades y necesidades de la población Mapuche Lafkenche.
 - Los padecimientos individuales y colectivos de la población y sus territorios.
 - El trabajo desde una perspectiva intercultural y comunitaria.
 - Un trabajo territorial y comunitario, por sobre el individual o familiar desarrollado en box.
 - Presentar la propuesta al Servicio de Salud Arauco para su respectiva gestión con el Ministerio y Fonasa, para su validación y valoración acorde a la utilización de recursos humanos, materiales y logísticos en el territorio.
- H) Adecuar los contenidos del material audio visual, folletos, carteles, spots que permitan sensibilizar en materias de salud mental para población Mapuche, rescatando las características de su cultura tanto en sus dimensiones de ruralidad y para población Mapuche urbana, promoviendo su identificación en escenarios de promoción y prevención de problemas de salud mental comunes de la población.
- I) Incentivar el trabajo permanente en las comunidades y el despliegue de equipo de salud mental en los territorios, considerando la posibilidad de establecer equipos diferenciados para dicha misión que cuenten con el perfil

profesional adecuado, complementándolo y potenciándolos con rondas rurales de salud, brindando una atención integral permanente en las comunidades priorizadas para dicha misión.

- J) Reacondicionar lugares en que se desarrolla el trabajo comunitario en el territorio, para un trabajo colaborativo en salud, habilitando espacios, coordinado con la comunidad e instituciones que puedan financiar dichas acciones y mejoras, en post de la dignidad de la atención.
- K) Reforzar políticas que permitan identificar prácticas discriminatorias mediante mecanismos de control eficaces, diseñando acciones que logren sensibilizar, prevenir y sancionar actitudes tanto en la atención clínica - comunitaria, así como también en distintos espacios laborales en salud. Además, promover y capacitar en prácticas inclusivas de la cultura Mapuche y los efectos del estigma social y en salud mental en la salud de la población.
- L) Desarrollar evaluaciones periódicas de la calidad de la atención en salud mental, estableciendo planes de mejora para la población consultante.
- M) Promover la difusión y comunicación del programa de salud mental y la unidad de salud intercultural con las familias y comunidades, mediante un plan y estrategia comunal.
- N) Incorporar facilitadores interculturales exclusivos para el trabajo de salud mental, no solo en la articulación con sanadores tradicionales, sino como parte integral del programa y colaborando en la estrategia comunitaria diseñada para comunidades Mapuche.
- Ñ) Incentivar la participación social de autoridades ancestrales, líderes y las comunidades Mapuche Lafkenche, para el desarrollo de consultas y colaboración en la implementación de políticas de salud intercultural en materias de salud mental que los afectan, así como en su incorporación para la toma de decisiones, contribuyendo a la formación de líderes y el fortalecimiento de la identidad territorial.
- O) Desarrollar adecuaciones con pertinencia cultural en la Unidad de Corta Estadía (UCEP), no solo en la incorporación de protocolos sino en su entorno global.

- P) Adecuar los tiempos de atención y su rendimiento a los ritmos culturales de la población Mapuche atendida, mediante mecanismos de negociación y acuerdo con usuarios y la comunidad.
- Q) Establecer mecanismos de difusión efectivos y permanentes del marco jurídico nacional e internacional en materias de derechos humanos y pueblos originarios, evitando la vulneración de sus derechos de libertad, integridad e identidad.
- R) Agilizar los procesos de gestión en la atención evitando su burocratización en los procedimientos y coordinaciones.

7.1.2 Recomendaciones para el equipo de salud mental

- a) Desarrollar un diagnóstico territorial respecto de la salud mental de la población, utilizando distintas fuentes de información, así como la participación de las comunidades Mapuche, líderes de la comunidad y autoridades ancestrales.
- b) Desde una perspectiva intercultural, establecer permanente intercambio de saberes sobre los padecimientos en salud en la población, entre el equipo de salud mental y las comunidades Mapuche del territorio, en miras de la implementación de planes territoriales de promoción, prevención, tratamiento y estrategias comunitaria con pertinencia cultural, para ser desarrollados en colaboración con la comunidad Mapuche y la red de salud mental comunitaria.
- c) Fortalecer el trabajo con el intersector, promoviendo acciones en conjunto y evitando la sobre intervención en las comunidades Mapuche.
- d) Relevar el trabajo de los facilitadores interculturales en su rol activo como parte de la estrategia comunitaria de salud mental en el trabajo directo con las comunidades Mapuche.
- e) Consolidar el trabajo comunitario en instancias de Trawün, levantando prácticas que permitan ser incorporadas como parte de la estrategia de

atención y por tanto, como parte de la propuesta de mejora y adecuación de la canasta de prestaciones en salud mental.

- f) Considerar la colaboración de las comunidades Mapuche en las distintas problemáticas sociales colectivas (alcoholismo, violencia y conflicto en la comunidad) que generan padecimiento en la población, apoyándose en sus tradiciones y códigos culturales en beneficio de la comunidad.
- g) Realizar adaptaciones culturales en la atención individual, familiar y comunitaria y un pilotaje que permita evaluar resultados que beneficien a la población en materias de salud mental.

7.1.3 Recomendaciones para las políticas de salud intercultural en materias de salud mental

- a) Reformar las políticas públicas en materias de salud mental y pueblos originarios, promoviendo el pluralismo cultural y el respeto de la diversidad cultural, incentivando una convivencia pacífica y un dialogo simétrico intercultural con las comunidades Mapuche Lafkenche.
- b) Generar instancias de diálogo permanente y toma de decisión en el territorio, con la participación de representantes de la comunidad y las instituciones que tienen la responsabilidad de materializar en acciones las políticas públicas en materias de salud mental.
- c) Desarrollar programas de formación y capacitación permanentes, orientados a funcionarios que trabajen en materias de salud mental con pueblos originarios para:
 - Promover el respeto de los derechos humanos en el proceso de atención de la salud mental con pueblos originarios.
 - Desarrollar herramientas que permitan el análisis y comprensión de la dinámica en los procesos interculturales que ocurren en el territorio.
 - El desarrollo de diagnósticos participativos con pueblos originarios que permitan la solución a los problemas de salud mental desde una perspectiva de la salud colectiva e intercultural.

- Diseñar estrategias y herramientas que permitan mejorar desde una perspectiva intercultural la intervención.
- d) Definir una atención diferenciada en la atención primaria de salud para población Mapuche, que contemple el financiamiento de un equipo de salud exclusivo que se pueda adecuar a las necesidades de salud “mental” de la población Mapuche.
- e) Apoyar procesos de investigación científica que permitan mejorar la salud de la población Mapuche, desarrollando e implementando distintas estrategias que contribuyan con el bienestar y respeto de la población atendida.

8. CONCLUSIONES

El camino a la interculturalidad no inicia en estos últimos tiempos y como resulta ser un concepto polisémico, da pie a distintas interpretaciones. Algunos podrán pensar que es un camino imposible de recorrer, otros tal vez lo imaginan asimilando prácticas de sanación de pueblos originarios en los modelos de salud occidentales o como tal vez yo lo imagino, una relación entre pueblos y saberes que conviven desde hace mucho tiempo y que no podríamos decir que somos desconocidos, a pesar que en varios momentos de la historia y en la actualidad, es lo que ocurre. Tal vez no se cuenta con las condiciones para avanzar en éste camino, sin embargo es el momento de construir un conjunto de puentes que pretendan unir a pesar de las diferencias y tal vez, el conocimiento y el entendimiento de las experiencias del otro permitan avanzar en esa dirección. Algunas de las conclusiones observadas en el desarrollo de la investigación, y que dicen relación a lo anteriormente expuesto son:

Se concluye que existen tres grupos de experiencias y contempla distintas modalidades de atención que existen en el territorio, experiencias significativas propias del proceso de tratamiento y finalmente, un grupo de conceptos abstractos referidos sólo por funcionarios del hospital propios del quehacer profesional y técnico. Las experiencias provienen del modelo de atención biomédico, adecuaciones con pertinencia cultural articulado con sanadores tradicionales y finalmente, atenciones realizadas por sanadores tradicionales en una práctica ancestral Mapuche, que en el territorio de Arauco aún funcionan de forma autónoma al modelo médico hegemónico. Una práctica menos frecuente en los relatos, que se logró evidenciar es la autoatención, práctica que encontramos al interior de las “Ruka” y no está intermediada por un sanador tradicional o profesional de la salud. La autoatención, se asocia al conocimiento adquirido históricamente por el pueblo Mapuche, en la utilización de distintas hierbas medicinales o Lawen para el uso cotidiano de distintas dolencias.

La complementariedad de saberes y la convivencia entre la medicina occidental o biomédica y la medicina Mapuche es cotidiana, las personas suelen acudir de forma simultánea a ambas medicinas, históricamente. Considerando lo anterior, el concepto que predomina en la sociedad actual es el pluralismo médico, referido a que nuestras sociedades, la mayoría de las poblaciones utilizan potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud, como se puede apreciar en la población Mapuche. Las relaciones interculturales existen en Latinoamérica y son parte de la vida cotidiana en los territorios, por lo tanto resulta muy necesario conocerlas a la hora de implementar políticas de salud mental con pertinencia cultural.

Es importante destacar que las prácticas medicinales ancestrales o Atenciones de Medicina Mapuche en que participan personas, familias y la comunidad, realizadas por agentes tradicionales Mapuche, atención por Machi, Lawuentuchefe, entre otros, que se desarrollan en el territorio de la provincia de Arauco, aún funcionan de forma autónoma al modelo médico hegemónico.

A pesar de grandes esfuerzos en el desarrollo de un modelo de salud intercultural, las atenciones basadas en el reconocimiento de la cosmovisión Mapuche, que incorporan adecuaciones técnicas y negociación en el trabajo terapéutico, aún se desarrollan en un contexto de subordinación a la biomedicina, incorporando atenciones con pertinencia cultural, articulado con sanadores tradicionales, lo que no resulta del todo apropiado principalmente porque dicho modelo va en un camino distinto al de la interculturalidad, principalmente por su asimetría en la relación con el paciente y por no reconocer los recursos y saberes de la comunidad, a pesar de eso paradójicamente el pueblo Mapuche Lafkenche lo utiliza, siendo parte integral en su diario vivir.

En la atención intercultural, un vínculo de cercanía, el reconocimiento de su cultura y cosmovisión, el reconocimiento de su lengua, la valoración de sus actividades cotidianas, los ritmos locales, el espacio en que habitan, su “Ruka”, su relación con la tierra y la naturaleza como lugar de bienestar, implica aceptar a la

persona en su totalidad, lo que hace la diferencia en una relación de confianza y apoyo, en una dinámica permanente de conocimiento, comprensión y empatía por parte de los profesionales del programa, importante en los procesos de recuperación de una persona. Es así como, lo primero y más importante sería establecer una relación que permita generar lazos de confianza y colaboración mutua, orientada a la personalización de la atención, en una experiencia única para la persona Mapuche.

Cuestionamientos a una persona Mapuche en una consulta profesional, derivado del desconocimiento de su cultura, es interpretado rápidamente como una agresión. Una relación asimétrica de poder, en donde el profesional se sitúa en la posición de dueño de la verdad absoluta, sin considerar la dinámica de vida de la persona y su cosmovisión, es la dinámica opuesta a la interculturalidad.

A pesar de lo anterior, las personas y comunidades Mapuche han identificado distintas habilidades y factores individuales en los profesionales que participan en su atención. Aquello hace la diferencia en su elección, el compromiso que muestran a su cultura y una positiva disposición a ayudar en materias de salud mental. La actitud selectiva de parte de la población Mapuche, en la elección de profesionales de la salud más sensibles en materias de salud intercultural, ha permitido mejorar la adherencia y ha influido positivamente en el proceso de adecuación de sus prácticas en beneficio de la población atendida.

El trabajo comunitario es un requerimiento permanente de las comunidades, sobre todo en la posibilidad de establecer una relación estable y constante en el tiempo. Una relación de respeto mutuo y una sensibilidad particular por la cosmovisión Mapuche y el sistema de salud Mapuche. No todos podrán participar de sus prácticas de sanación Mapuche, ya que depende en gran medida de la aceptación que las familias y sus comunidades hagan del programa de atención.

Por otra parte, el trabajo con facilitadores interculturales que intermedian en la relación de diversas áreas del saber Mapuche y las acciones culturales, así también con sanadores tradicionales, acompañando al paciente en todo su

proceso, resulta insuficiente tanto en el número, como en el trabajo específico que desarrollan en salud mental. Lo que hace necesario, el aumento en su dotación y perfeccionamiento en materias de salud mental, relevando su trabajo como parte importante e integral del equipo de trabajo de salud mental para su colaboración en estrategias con la comunidad Mapuche. Es así que el rol de los facilitadores interculturales adquiere protagonismo, ya que al pertenecer al pueblo Mapuche y a la comunidad, ayudan a identificar el padecimiento, orientan en el tipo de atención y acompañan de forma cotidiana al paciente en su proceso de atención.

El trabajo con el intersector y sobre todo con la atención municipalizada y el hospital se muestra disminuida, así también se observa una muy baja participación de las organizaciones de base o comunidades Mapuche y no Mapuche, lo que genera descoordinaciones, falta de proactividad y una deficiente atención que recae en las personas.

La canasta de prestaciones se caracteriza por no diferenciar las distintas poblaciones atendidas, deja entre ver las estrategias universalistas como método de integración de grupos socioculturalmente distintos, dando origen al ideal del asimilacionismo como mecanismo de expansión de la biomedicina, limitando el escenario de la diversidad cultural

El concepto de salud mental es inexistente en la cultura Mapuche, las personas Mapuche que se han atendido en el programa de salud mental y que han presentado un diagnóstico occidental de su enfermedad, también consultan simultáneamente a un sanador tradicional de la medicina Mapuche, con múltiples beneficios.

El fenómeno del estigma y discriminación no colabora en la recuperación y bienestar, tampoco colabora en la implementación de un modelo de salud intercultural, por la trascendencia que tiene en la historia del territorio de Arauco, pero sobre todo en la relación histórica entre el pueblo Mapuche y el Estado de Chile. En mi paso por el territorio, fueron distintos los relatos de experiencias de personas Mapuche que se han sentido discriminadas y han experimentado

estigma social. En algunos casos por su apellido, color de piel, vestimenta y lengua nativa. Algunas de esas experiencias ocurren en la zona urbana de la ciudad de Cañete, o en el contexto de la militarización del territorio y otras, en el contexto de la atención en salud.

Las tensiones históricas con el Estado de Chile continúan, lo que se ve reforzado por actitudes, frases y un estado de excepción, que promueven un escenario de difícil convivencia en el territorio. Distintos hechos violentos, muestra un pueblo Mapuche que difícilmente logra diferenciarse de pequeños grupos organizados, que en su reivindicación histórica, han optado por la violencia. Su entorno militarizado y de resguardo policial no pasa desapercibido, un lugar no muy propicio para la implementación de un modelo de salud intercultural que supone la creación de múltiples relaciones y la construcción de diálogos simétricos; una interrelación equitativa entre pueblos, personas, conocimientos y prácticas culturales distintas, una propuesta de sociedad o un proyecto político que se construye desde la gente, lo social y lo ético.

A lo anterior, en el ámbito de la salud, se suma un conjunto de características que el modelo médico tiende a establecer en una relación de hegemonía / subalternidad, respecto de otras formas de atención, que es excluirlas, ignorarlas o incluso estigmatizarlas; también, una aceptación crítica o el definirlo como un uso complementario, pero siempre con carácter de subordinación, lo que se puede ver reflejado en limitaciones que presentan algunos profesionales / médicos de adecuarse a un contexto cultural distinto que el de referencia.

Los conceptos abstractos referidas por profesionales de la salud, que dicen relación a políticas de interculturalidad en salud, pertinencia cultural, institucionalización y demanda asistencial, son conceptos y prácticas, que provienen del mundo occidental, de funcionarios que impulsaron la medicina tradicional, sin considerar que los procesos interculturales tienen una profundidad histórica en la vida cotidiana y no son procesos excepcionales que hay que construir.

Por lo anterior, debemos detectar y analizar los procesos interculturales que se encuentran operando en el territorio y a partir de ellos, tratar de impulsar y concretar colaborativamente objetivos interculturales que contribuyan con la salud mental de la población Mapuche.

Como parte de las recomendaciones, se puede concluir que se requiere revitalizar y preservar las prácticas ancestrales Mapuche que se desarrollan en el territorio de Arauco en el ámbito de la salud Mapuche, procurando no interferir o modificar sus prácticas en el camino de la implementación de una política de salud intercultural, promover el mantenimiento y la protección del legado histórico y la riqueza patrimonial material e inmaterial de la cultura Mapuche, sus ceremonias y prácticas orientadas al arte curativo y preventivo de su pueblo en salud, procurando su autonomía plena respecto del modelo de salud chileno.

Partiendo de la base que ambas medicinas conviven dinámicamente en el territorio y que las personas acuden simultáneamente tanto a la medicina occidental como a la medicina Mapuche, resulta valioso promover instancias de intercambio y colaboración entre saberes, con participación de la comunidad, sanadores tradicionales y profesionales de la salud mental, procurando fortalecer los lazos de colaboración y su entendimiento mutuo.

Las limitaciones que presentó el estudio hace relación a la imposibilidad que los resultados sean generalizables a otras poblaciones o realidades, sin embargo no fue el objetivo inicial del estudio, sino más bien contribuir con recomendaciones que permitan acciones que fortalezcan y promuevan mejoras en la calidad de los servicios brindados, desde una perspectiva intercultural del programa de salud mental del hospital Kallvu Llanka de Cañete.

Las potenciales proyecciones que presenta la investigación para nuevos estudios y desafíos, en primer lugar hace un llamado de atención a las implicancias de la militarización del territorio y el paradójico desarrollo de políticas interculturales en salud mental, la búsqueda del bienestar de la población Mapuche Lafkenche y las limitaciones que se pueden ver enfrentados los profesionales en dicho escenario, considerando que uno de los hallazgos

identificados, es transversal a las distintas experiencias observadas, estoy hablando de la discriminación y el estigma social en el territorio de Arauco.

Por otra parte, la presente investigación presenta elementos importantes y recomendaciones para la actualización de las orientaciones técnicas para la atención en salud mental de pueblos originarios en Chile, propuesta el año 2016. Pone en valor elementos significativos para la población atendida con énfasis en una atención de calidad con perspectiva de derecho y una atención personalizada para personas con ascendencia histórica en sus territorios.

Finalmente, establece orientaciones que enfatizan el trabajo comunitario e intercultural, permitiendo definir acciones colaborativas materializando así la política de salud intercultural en Chile, la que debe ser construida en una relación dinámica, simétrica y en consenso entre el pueblo Mapuche y el Estado de Chile.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clínica Universidad de Navarra 2023. <https://www.cun.es>. 2023 [citado 9 de julio de 2023]. Qué es Tratamiento. Diccionario Médico. Clínica U. Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tratamiento>
2. Unidad de Salud Mental, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. [Internet]. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
3. Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales [Internet]. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Programa de Estudios Sociales en Salud; 2021 [citado 2 de abril de 2023]. 380 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11447/4357>
4. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. marzo de 2009;18.
5. Salaverry O. Interculturalidad en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010;27(1):80-94.
6. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. J Ethnobiol Ethnomedicine. diciembre de 2007;3(1):31.
7. Alvarado J, Matos J, Machado I, Ojeda J. Catherine Walsh: Hacia una interculturalidad epistémica. Cuad Latinoam. 4 de octubre de 2017;29(51):10.
8. Walsh C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. TABULA RASA. 2008;(9):131-52.
9. Tubino F. Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. Diálogos A: Culturas, espiritualidades y desarrollo andino. 2004;9.
10. Barabas AM. Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. Config Rev Ciênc Sociais. 1 de diciembre de 2014;(14):11-24.
11. Becerra MM. ¿Y el lugar de la cultura en salud mental? Una lectura crítica desde la clínica. Rev Gac Psiquiatr Univ. 1 de enero de 2017;13(4):364-70.
12. Torres Pérez F. De la asimilación al pluralismo. Inmigración y gestión de la diversidad cultural en las sociedades contemporáneas. Rev Arx Ciênc Soc. 2005;(11):61-87.
13. Walsh C. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. Signo Pensam. 1 de enero de 2005;XXIV(46):39-50.

14. Mateos Cortés LS. La migración transnacional del discurso intercultural: su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos en Veracruz, México. 1era. edición. Vol. 7. Quito, Ecuador : [Mexico]: Abya Yala, Universidad Politécnica Salesiana ; Proyecto InterSaber; 2012. 256 p.
15. Quijano A. Colonialidad del Poder y Clasificación Social. *Dep Sociol Binghamt Univ State Univ N Y Bringhamton NY* 13902-6000. 2000;VI(2):342-86.
16. Santos B de S. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. primera edición. Montevideo: Ed. Trilce; 2010. 113 p.
17. Rocha-Buelvas A. Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis Rev Saúde Coletiva*. diciembre de 2017;27(4):1147-61.
18. Alarcón M AM, Vidal H A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Médica Chile* [Internet]. septiembre de 2003 [citado 11 de abril de 2023];131(9). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Menéndez EL. <https://www.studocu.com/es-ar/home>. 2006 [citado 4 de abril de 2023]. Interculturalidad, 'diferencias' y antropología at home. Algunas cuestiones metodológicas. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-mar-del-plata/agentes-mecanismos-de-defensa-y-nutricion/menendez-2006-interculturalidad-diferencias-y-antropologia-at-home/24852821>
20. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Saúde Coletiva*. enero de 2016;21(1):109-18.
21. Ruiz-Llanos A. La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria. *Bol Mex Hist Filos Med*. 2007;10(2):99-107.
22. Carreño A, Cabieses B, Obach A, Pérez C. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuad Méd Soc*. 28 de diciembre de 2018;58(4):7-17.
23. Boccara GB. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará, Revista de Antropología Chilena*. 2007;39(2):185-207.
24. Lurduy RR, Buelvas AR, Hernández EP, Sánchez CC. Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 5 de septiembre de 2016;34(3):380-8.
25. García Canclini N. *Diferentes, desiguales y desconectados: mapas de la interculturalidad*. 1. ed. Barcelona: Gedisa; 2004. 223 p.
26. Paulo Maya A, Cruz Sánchez M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 20 de noviembre de 2018;50(4):366-84.

27. Ibacache J. Proyecto de Documentación Ñuke Mapu. 1997 [citado 8 de junio de 2023]. La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. Disponible en: <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
28. Cuyul A. La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*. 2013;7(14):21-33.
29. Cuyul A. Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile Andrés Cuyul Soto. Ed Comunidad de Historia Mapuche. 17 de noviembre de 2013;16.
30. Cuyul A, Huinca-Piutrin H. Ta iñ fijke xipa rakizuamelüwün. Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche, 2012. [Internet]. Segunda Edición. Ed. Comunidad de Historia Mapuche; 2013 [citado 10 de junio de 2022]. 366 p. Disponible en: https://www.academia.edu/28081239/Ta_i%C3%B1_fijke_xipa_rakizuamel%C3%BCw%C3%BCn_Historia_colonialismo_y_resistencia_desde_el_pa%C3%ADs_Mapuche_Temuco_Ediciones_Comunidad_de_Historia_Mapuche_2012
31. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Modelo de Gestión Red Temáticas de Salud Mental en la Red General de Salud [Internet]. minsal; 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Temática-de-Salud-Mental_digital.pdf
32. Ramírez Guzmán G. Salud mental y comunidades indígenas una aproximación desde los profesionales de la salud mental de Alto Bío Bío. [Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Psicología Escuela de Postgrado Magíster en Psicología Clínica Adulto]: Universidad de Chile; 2014.
33. Poblete M, Goldstein E. Políticas de salud intercultural en Chile. Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad [Internet]. Biblioteca del congreso nacional de Chile / BCN Asesoría parlamentaria; 2019. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete__Políticas_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf
34. Torri MC. Intercultural Health Practices: Towards an Equal Recognition Between Indigenous Medicine and Biomedicine? A Case Study from Chile. *Health Care Anal*. marzo de 2012;20(1):31-49.
35. Gavilán V, Viguera P, Madariaga C, Parra M. Interculturalidad, tradiciones culturales y etnicidad. Tres nociones claves para comprender las políticas sanitarias en Chile. *Chungará Rev Antropol Chil*. diciembre de 2017;49(4):477-82.
36. Pérez C, Sepúlveda D, Cova F, Nazar G. Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. *Rev Cienc Salud*. 9 de marzo de 2020;18(1):152.
37. Pérez C, Nazar G. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(2):122-7.

38. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Políticas Saludables y Promoción, División de Gestión de la Red Asistencial, División de Atención Primaria. Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: Hacia un enfoque intercultural [Internet]. minsal; 2016. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
39. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Políticas Saludables y Promoción, División de Gestión de la Red Asistencial, División de Atención Primaria. Recomendaciones para la implementación de las «Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: Hacia un enfoque intercultural» [Internet]. minsal; 2017. Disponible en: <https://www.saludorient.cl/websaludorient/wp-content/uploads/2019/08/Recomendaciones-para-la-Implementación-de-las-Orientaciones-Técnicas-para-la-Atención-de-Salud-Mental-con-Pueblos-Indígenas-Hacia-un-Enfoque-Intercultural.pdf>
40. Becerra MM. Atención en salud mental de los/as migrantes en Chile: Análisis crítico de los Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría, años 1993 al 2025. Migr Transnacionales Inclusiones Difer Posibilidades Reconoc. 1 de enero de 2020;185-205.
41. Alarcón M AM, Astudillo D P, Barrios C S, Rivas R E. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. Rev Médica Chile [Internet]. septiembre de 2004 [citado 14 de abril de 2023];132(9). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
42. Cohen-Emerique M. <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/267189/369030>. 2013 [citado 14 de abril de 2023]. Por un enfoque intercultural en la intervención social. Educ Soc Rev Interv Socioeducativa. 2013;(54):11–38. - Buscar con Google. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Por+un+enfoque+intercultural+en+la+intervenci%C3%B3n+social.+Educ+Soc+Rev+Interv+Socioeducativa.+2013%3B\(54\)%3A11%E2%80%9338.&rlz=1C1CHZN_esCL984CL984&oq=Por+un+enfoque+intercultural+en+la+intervenci%C3%B3n+social.+Educ+Soc+Rev+Interv+Socioeducativa.+2013%3B\(54\)%3A11%E2%80%9338.&aqs=chrome..69i57.1828j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Por+un+enfoque+intercultural+en+la+intervenci%C3%B3n+social.+Educ+Soc+Rev+Interv+Socioeducativa.+2013%3B(54)%3A11%E2%80%9338.&rlz=1C1CHZN_esCL984CL984&oq=Por+un+enfoque+intercultural+en+la+intervenci%C3%B3n+social.+Educ+Soc+Rev+Interv+Socioeducativa.+2013%3B(54)%3A11%E2%80%9338.&aqs=chrome..69i57.1828j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
43. Metz J M, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. Soc Sci Med 1982. febrero de 2014;103:126-33.
44. Lauzière J, Fletcher C, Gaboury I. Cultural Safety as an Outcome of a Dynamic Relational Process: The Experience of Inuit in a Mainstream Residential Addiction Rehabilitation Centre in Southern Canada. Qual Health Res. 1 de mayo de 2022;32(6):970-84.
45. Lauzière J, Fletcher C, Gaboury I. Factors influencing the provision of care for Inuit in a mainstream residential addiction rehabilitation centre in Southern Canada, an instrumental case study into cultural safety. Subst Abuse Treat Prev Policy. diciembre de 2021;16(1):55.

46. Mathieson F, Mihaere K, Collings S, Dowell A, Stanley J. Māori cultural adaptation of a brief mental health intervention in primary care. *J Prim Health Care*. 4 de septiembre de 2012;4:231-8.
47. Bernal G, Jiménez-Chafey MI, Domenech Rodríguez MM. Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof Psychol Res Pract*. 2009;40(4):361-8.
48. García Zagal T. Estudio de caso de salud intercultural del Centro de Salud Mapuche Huinkul Lawen de Puerto Saavedra, Región de la Araucanía. 2014;190.
49. Manríquez-Hizaut M, Rebolledo-Sanhueza J, Inglés-Yañez D, Klett-Fuentes R, Lagos-Fernández C, Figueroa-Huencho V. Experiencias de salud mapuche en Atención Primaria de Salud desde trabajadores sanitarios y usuarios/as en zona urbana de Chile. *Saúde E Soc*. 2022;31(4):e210022es.
50. Rebolledo Sanhueza J. Sistematización de experiencia de salud intercultural en Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) "La Ruka". *Trab Sist Exp Financ Por El Fondo Chile Todas Todos Minist Desarro Soc Año 2016*. 2019;69.
51. Pilquinao I, Reyes Barría D. Hacia un análisis sociocultural de la enfermedad mental: La cosmovisión mapuche y la perspectiva occidental acerca del sufrimiento subjetivo. 25 de marzo de 2017;
52. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos Represent*. 1 de enero de 2019;7(1):201.
53. Mora Vargas AI. Guía para elaborar una propuesta de investigación. *Rev Educ*. 1 de enero de 2012;29(2):77.
54. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int J Morphol*. junio de 2014;32(2):634-45.
55. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Redes Asistenciales, DIGERA D de G de PCA. Norma General Técnica N° 150 - Clasificación según Nivel de Complejidad de Establecimientos Hospitalarios. 2013.
56. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 1 de enero de 2018;24(1):9-18.
57. Alejo M, Acosta BEO. El informante como persona clave en la investigación cualitativa. *Gac Pedagog*. 1 de enero de 2016;(35):74.
58. González OH. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(3):1-3.
59. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res*. 1 de marzo de 2017;27(4):591-608.

60. Restrepo E. *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá Envión Ed. 2016;101.
61. Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*. octubre de 2002;76(5):409-22.
62. Aracelli de Tezanos. *Una etnografía de la etnografía. Aproximaciones metodológicas para la enseñanza del enfoque cualitativo interpretativo para la investigación social*. [Internet]. primera edición. Bogotá: Editorial Antropos; 1998. 172 p. Disponible en: https://dharmachile.org/wp-content/uploads/2020/06/Una_etnografia_de_la_etnografia._Aproxim.pdf
63. Arboleda LM. El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. 2008;26.
64. Cisterna Cabrera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. 2005;14(1):12.
65. Building foundational AI for speech transcription and understanding. https://playground.deepgram.com/?smart_format=true&punctuate=true¶graphs=true&language=es-419&model=enhanced. 2023 [citado 26 de diciembre de 2023]. Transcriptor de Audio Deepgram. Disponible en: https://playground.deepgram.com/?smart_format=true&punctuate=true¶graphs=true&language=es-419&model=enhanced
66. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. octubre de 2002 [citado 3 de julio de 2022];76(5). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
67. Rodríguez Sabiote C, Lorenzo Quiles O, Herrera Torres L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*. diciembre de 2005;XV(2):23.
68. Graham Gibbs. *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata S. L.; 2012. 199 p.
69. Rémi R, Vicky Rampin, Sara Demott. <https://app.taguette.org/>. 2021 [citado 26 de diciembre de 2023]. Taguette. Disponible en: <https://app.taguette.org/>
70. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncol Nurs Forum*. 1 de septiembre de 2014;41(5):545-7.
71. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract*. 1 de enero de 2018;24(1):120-4.
72. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 de septiembre de 2007;19(6):349-57.

73. Asociación Médica Mundial. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [citado 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
74. World Health Organization, Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for health-related research involving humans. 2017.
75. Carreño Rimaudo S, Llobeta BE. Vulnerabilidad y sujeto en investigación con seres humanos: una reflexión. *Rev Bioét Derecho*. 17 de febrero de 2021;(51):225-41.
76. Manuel F. Aguilar-Tamayo. Cmaptools y el análisis cualitativo de datos. Método y procedimientos. *Concept Maps Marking Learn Meaningful Proc Fourth Int Conf Concept Mapp Viña Mar*. 2010;15-8.
77. Karla Jaimes Cruz, Diana Elizabeth García Salgado. El mapa conceptual y el uso del Cmaptools, conceptualización de sus aspectos didácticos. *Sinéctica*. 2013;41:2-16.
78. Menéndez Spina E, Madariaga Araya C, Oyarce Pisani AM. Antropología Médica. Modelos, articulaciones y exclusiones. *Textos de Eduardo Menéndez para un debate desde el sur*. 1a edición. Chile. Chile: Editorial Contrakorriente; 2023. 458 pp.
79. Madariaga Araya C, Oyarce Pisani AM, Martínez-Hernández A, Menéndez Spina E. Repensar la salud mental colectiva. *Diálogos, saberes y encrucijadas*. 1a Edición Chile. Chile: Editorial Contrakorriente; 2021. 410 pp.
80. Pilquinao I, Reyes Barría D. Hacia un análisis sociocultural de la enfermedad mental: La cosmovisión mapuche y la perspectiva occidental acerca del sufrimiento subjetivo. 25 de marzo de 2017;
81. Bengoa J. Mapuche, colonos y el Estado Nacional. *Catalonia*; 2018.
82. G DLN (Provincia de AC Alejandro Fica. *Diario Llanalhue Noticias* (Provincia de Arauco - Chile). [citado 10 de diciembre de 2023]. COMUNICADO DE COMUNIDAD Y FAMILIA DE MACHI ALVARO HUENCHUNAO (www.lanalhuenoticias.cl). Disponible en: <https://www.lanalhuenoticias.cl/leenota.php?noti=425>

10. ANEXOS

Anexo N° 1a – Consentimiento Informado entrevista en profundidad

Título del proyecto

Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete

Nombre del Investigador: Pablo Munizaga Cerda **R.U.T:** 12.447.131-1

Institución: Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación llamado “**Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete**”.

Objetivo: Conocer las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete, con énfasis en aquellas que han contribuido en su recuperación, para el diseño de orientaciones y recomendaciones que permitan fortalecer y mejorar este programa de atención desde una perspectiva intercultural.

Procedimientos: Si usted acepta, participará de un proceso de entrevista en profundidad de forma individual y reservada.

Riesgos: El desarrollo de una entrevista en profundidad sobre su proceso de tratamiento en salud mental no produce efectos indeseados o consecuencia alguna para usted, y tampoco se verá perjudicado/a en su tratamiento por su participación en el proyecto.

Costos: La participación en el estudio de Salud mental será aportada por el investigador, sin costo para usted durante su desarrollo.

Beneficios: Además del beneficio que el presente estudio significará en la generación de conocimiento y mejoras para el programa de salud mental y sus pacientes, su participación en este estudio no le reportará otros beneficios directos.

Compensación: Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda información derivada de su participación en el presente estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad para el investigador. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Voluntariedad: Su participación es totalmente voluntaria, y no se verá perjudicado/a en su tratamiento. Tiene derecho a no participar si usted así lo decide.

Complicaciones: En el improbable caso que usted presente complicaciones relacionadas directamente a las entrevistas en profundidad, se pausará la entrevista para continuar en otra oportunidad, siempre y cuando usted lo decida. Además, se orientará a la familia sobre posibles soluciones, informando al médico tratante y al programa de tratamiento, garantizando así una atención oportuna en caso de ser necesario.

Derechos del paciente: Usted recibirá una copia íntegra y escrita del presente documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: **Pablo Munizaga Cerda** Teléfono contacto: **(56-9) 79577233**

Datos contacto Comité de ética:

Teléfono Contacto: (41) 241 4337

Autoridad de la Institución: Dra. Javiera Díaz Zapata-Presidente Comité Provincial Ética Médica Servicio de Salud Arauco

Dirección: carrera 302, Lebu. Provincia de Arauco

Los resultados del estudio serán entregados a usted, mediante un resumen ejecutivo presencialmente.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprometido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el presente estudio.

Nombre del participante Rut:

Firma

Fecha

Nombre Encargado del Programa

Firma

Fecha

Nombre del Investigador

Firma

Fecha

Anexo N° 1b – Consentimiento Informado grupo de discusión

Título del proyecto

Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete

Nombre del Investigador: Pablo Munizaga Cerda **R.U.T:** 12.447.131-1

Institución: Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación llamado “**Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete**”.

Objetivo: Conocer las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete, con énfasis en aquellas que han contribuido en su recuperación, para el diseño de orientaciones y recomendaciones que permitan fortalecer y mejorar este programa de atención desde una perspectiva intercultural.

Procedimientos: Si usted acepta, participará en un grupo de discusión sobre las experiencias de personas Mapuche de su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Kallvu Llanka de Cañete.

Riesgos: Su participación en grupos de discusión no produce efectos indeseados o consecuencia alguna para usted, y tampoco se verá perjudicado/a en su tratamiento por su participación en el proyecto.

Costos: La participación en el estudio de Salud mental será aportada por el investigador, sin costo para usted durante su desarrollo.

Beneficios: Además del beneficio que el presente estudio significará en la generación de conocimiento y mejoras para el programa de salud mental y sus pacientes, su participación en este estudio no le reportará otros beneficios directos.

Compensación: Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda información derivada de su participación en el presente estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad para el investigador. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Voluntariedad: Su participación es totalmente voluntaria y no se verá perjudicado/a en su tratamiento. Tiene derecho a no participar si usted así lo decide.

Complicaciones: En el improbable caso que usted presente complicaciones relacionadas directamente a su participación en el grupo de discusión, se pausará su participación e invitará a continuar en otra oportunidad, siempre y cuando usted lo decida. Además, se orientará a la familia sobre posibles soluciones, informando al médico tratante y al programa de tratamiento, garantizando así una atención oportuna en caso de ser necesario.

Derechos del paciente: Usted recibirá una copia íntegra y escrita del presente documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: **Pablo Munizaga Cerda** Teléfono contacto: **(56-9) 79577233**

Datos contacto Comité de ética:

Teléfono Contacto: (41) 241 4337

Autoridad de la Institución: Dra. Javiera Díaz Zapata-Presidente Comité Provincial Ética Médica Servicio de Salud Arauco

Dirección: carrera 302, Lebu. Provincia de Arauco

Los resultados del estudio serán entregados a usted, mediante un resumen ejecutivo presencialmente.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprometido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el presente estudio.

Nombre del participante Rut:

Firma

Fecha

Nombre Encargado del Programa

Firma

Fecha

Nombre del Investigador

Firma

Fecha

Anexo N° 2 – Observación Etnográfica Distintos Contextos.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	23/8/2023
Hora de inicio	11:02 am
Hora de término	12:15 pm
Tiempo observado	1 hora 13 min
Número de personas	1
Ubicación geográfica	Virtual (Lebu – Viña del Mar)
Contexto	Reunión XXXXX
CÓDIGO	OASM1
Descripción de escenarios y actividades	
<p>La presente reunión tiene como objetivo la planificación del contexto de entrada a la investigación. Dicha reunión fue previamente estructurada por un correo electrónico enviado al XXXXX con copia al departamento de salud mental y se enmarca en la aprobación del proyecto por el comité de ética provincial del Servicio de Salud Arauco. En dicho correo se solicita lo siguiente:</p>	
<p>Las actividades para el presente mes y las visitas consecutivas en caso de ser autorizado por usted son:</p>	
<p>visita del lunes 28 al jueves 31 de agosto 2023 (siguiente semana):</p>	
<p>- Entrada al contexto de la investigación.</p>	
<ol style="list-style-type: none">1. Coordinación Encargada programa de salud mental (equipo tratante hospital), y Encargado Unidad Intercultural (facilitadores interculturales) para selección de las personas que participaran del estudio en las entrevistas individuales. (6 o 7 personas)2. Coordinación y firma consentimiento informado.3. Realización de una o dos entrevistas etnográficas de prueba.4. Observación etnográfica	
<p>visita desde el lunes 11 al viernes 15 de septiembre 2023:</p>	
<ol style="list-style-type: none">1. Entrevistas etnográficas2. Selección personas que participarán en los 2 grupos de discusión.3. Coordinación firma consentimiento informado grupo.4. observación etnográfica en distintas actividades de atención no individual.	
<p>visita desde el lunes 25 al viernes 29 de septiembre 2023:</p>	
<ol style="list-style-type: none">1. Entrevistas etnográficas2. Coordinación firma consentimiento informado grupo.	

3. observación etnográfica en distintas actividades de atención no individual.

Anotaciones del observador por tema

XXXXX se muestra motivado y dispuesto a colaborar en el proyecto, con bastante iniciativa plantea distintas alternativas de entrada al contexto de investigación. Desde su experiencia en el área y el hospital, intenta vincular el programa intercultural y de salud mental, que no necesariamente como expresa están vinculados. En dicho contexto lo central son los protocolos, que es lo central del programa o al menos lo pone en el centro y de especial relevancia.

Otro elemento que resalta es que los registros que realiza la unidad de salud intercultural no han sido muy buenos y puede que no existan.

Resalta la importancia de las familias en el modelo de trabajo.

Refiere que existe un trabajo cercano con algunos machis o referentes del territorio y otros territorios, sin embargo no específicamente con el programa de salud mental. Algunos de ellos son XXXXX machi de Cañete.

El modelo de atención actual de hospital es el modelo de salud familiar.

Registro de las propias observaciones y acciones

En el relato XXXXXXXXX, no se observa vinculación con el programa de salud intercultural o salud metal. Son experiencias personales XXXXXXXXX.

Especificaciones Notas de Campo

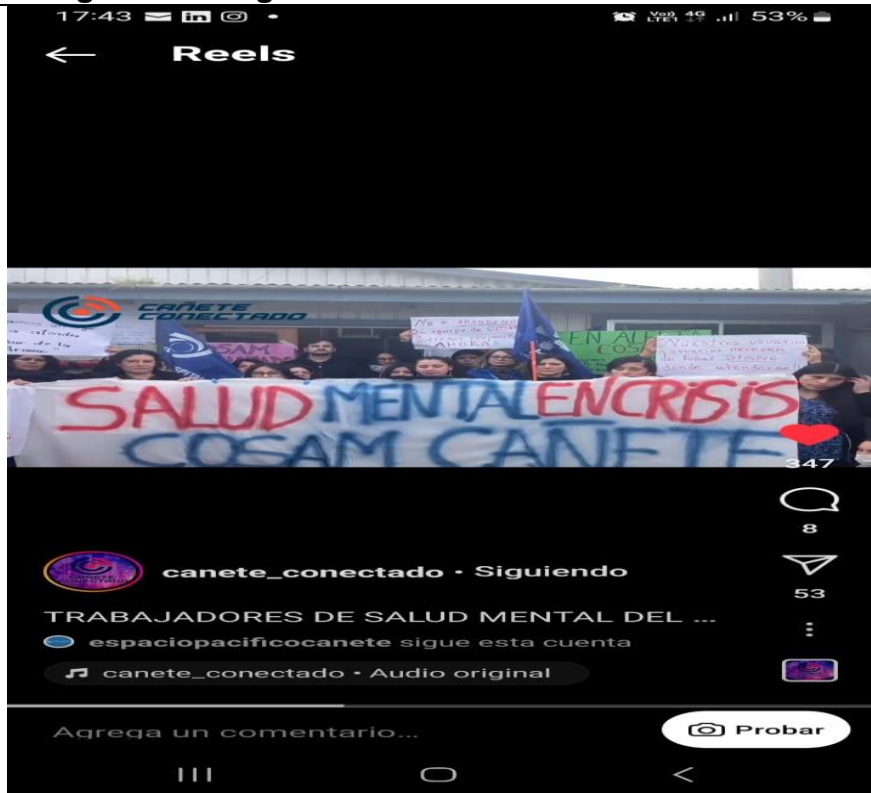
Datos de identificación

Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	28/8/2023
Hora de inicio	10:00 am
Hora de término	11:15 am
Tiempo observado	1 hora 15 min.
Número de personas	1
Ubicación geográfica	Ciudad de Lebu, dependencias del departamento de APS
Circunstancias especiales	Reunión XXXXX
CÓDIGO	OASM2

Descripción de escenarios y actividades

La presente es una reunión de presentación XXXXX, con el objetivo de coordinar el ingreso al contexto de la investigación, la reunión se llevó a cabo en dependencias del Servicio de Salud Arauco en la ciudad de Lebu. XXXXX hace un resumen general del contexto institucional y la realidad actual del programa.

Croquis – fotografía del lugar



Anotaciones del observador por tema

Presentación protocolar inicial y contextualización actual del escenario actual de la red del programa de salud mental de la provincia de Arauco.

Registro de las propias observaciones y acciones

En un inicio me dirijo a dependencias del Servicio de Salud Arauco en la ciudad de Lebu. Un lugar deteriorado por el paso del tiempo, una casa de madera de dos pisos antigua de color amarillo, en donde su letrero institucional de madera se encuentra borroso por el paso del tiempo, con humedad y hongos que dificulta su identificación, a pesar de estar a pocos metros me dirijo a un vecino que vende verduras a pedir orientación. Al ingresar se observa una larga escalera y una recepción pequeña en donde conviven dos funcionarios que muy amablemente acceden a orientarme que XXXXX en una reunión con el director del Servicio de Salud. Calefaccionados por una estufa a gas y con poca luminosidad el lugar transmite el paso de los años y el descuido en su entorno laboral. Es importante destacar que no visitaba el lugar hace aproximadamente 20 años.

Los funcionarios me orientan XXXXX por lo que me dirijo al lugar.

Dicho lugar queda a dos cuadras de la dirección del Servicio de Salud y una mampara que separa el departamento de la calle y al ingresar se percibe un espacio no muy grande en donde conviven 6 funcionarios con sus escritorios dispuestos frente a frente conformando un pasillo. Al ingreso 2 cubículos alargados como un túnel con una secretaria a cada lado de diseño muy tosco dejan prever las malas condiciones y el hacinamiento que existe. Las personas muy amables me indican esperar, frente al poco espacio y hacinamiento, me orientan que me sienta en un escritorio de un funcionario que no se encuentra en

el lugar en dicha oportunidad. Se observan condiciones físicas laborales insuficientes y un espacio reducido, al parecer solo la encargada del departamento de atención primaria cuenta con un lugar diferenciado.

Al llegar XXXXX, me orienta a dirigirme a otro espacio, que al parecer también cumple con una doble función, la de cocina - comedor además de sala de reuniones. Su cara denota incomodidad, mientras otra funcionaria lava algunos platos y cubiertos rápidamente para no incomodar y en el contexto de querer prepararse un café.

Inicia refiriéndose a las contingencias que ha tenido la provincia y su relación al programa, entre las cosas que menciona destaca las emergencias por incendios forestales anteriores, las inundaciones y los atentados incendiarios por parte de la resistencia Mapuche o personas no identificadas. Refiere que parte del presupuesto se ha ido en ayuda de dichas catástrofes y que se ha desmejorado el servicio por temas presupuestarios. (El anterior relato, no se condice XXXXX días después telefónicamente, ya que según refiere la existencia de escenarios de emergencia ha permitido la inyección de nuevos recursos y la contratación de nuevos profesionales en distintos programas de salud mental. Dicho relato es ratificado XXXXX, ya que por lo que refiere el aumento de contratación de profesionales ha generado un problema de hacinamiento mayor ya que no cuentan con la infraestructura suficiente y adecuada para recibir a los profesionales nuevos y para la atención de pacientes. Días después en la plataforma Instagram del COSAM de Cañete se socializa un reel alusivo a que la salud mental se encuentra en crisis, representantes de los trabajadores del equipo de salud mental del COSAM dependientes del hospital intercultural kallvu Llanka de Cañete se encuentran movilizados a partir del 1 de septiembre debido a las precarias condiciones laborales y de infraestructura que enfrentan. Refieren que estos problemas, que persisten desde hace siete años, incluyen el hacinamiento y la falta de recursos humanos adecuados. Tras una reunión con la dirección en busca de soluciones, los trabajadores no lograron acuerdos satisfactorios, lo que lleva a la decisión de movilizarse. Entre las demandas se encuentra el traspaso a la contrata de las profesionales a honorario, así como las garantías del cambio del equipo y las mejora de las instalaciones, incluyendo la privacidad en las intervenciones, calefacción segura y baños en buen estado. El plazo solicitado es el 16 de octubre, mientras eso ocurre se comprometen a realizar solo algunas intervenciones y tratamientos farmacológicos y psicosociales).

Posteriormente, XXXXX describe como se encuentra conformada la red y el crecimiento exponencial estos últimos años, el aumento de la dotación de profesionales.

Explica como el año 2014XXXXXque resulto una gran pedida para la red. Lamenta que ha existido bastante rotación a la fecha, lo que ha afectado notablemente en la atención. XXXXX

Refiere además que el tema de la interculturalidad lo lidera el hospital de Cañete, ya que otros establecimientos no se encuentran con tanto desarrollo. La ciudad de Arauco cuenta con algunas iniciativas, pero el resto de la provincia no ha sido positivo, principalmente las ciudades de Lebu y Curanilahue.

Un factor importante son los atentados incendiarios, refiriéndose que en la noche

anterior fueron quemadas 5 cabañas en el sector de Contulmo. Al parecer hace bastante rato no había algún atentado. Refiere que entre Lebu y Santa Rosa es habitual el robo de vehículos en caminos interiores y en algunas postas. Ante tales hechos la Gobernación provincial recomendó al personal de salud no ir a las comunidades.

Sobre la consulta de las expectativas sobre el estudio, refiere que no tiene ninguna expectativa, que a pesar que han existido otros estudios anteriores
XXXXX

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	28/8/2023
Hora de inicio	12:00 pm
Hora de término	13:15 pm
Tiempo observado	1 hora 15 min.
Número de personas	2
Ubicación geográfica	Hospital Kallvu Llanka de Cañete
contexto	Persona designada por SDM XXXXX
CÓDIGO	ODSM
Descripción de escenarios y actividades	
Por orientación XXXXX se programa reunión con XXXXXX contexto de la recepción de requerimientos XXXXXX. En dicha reunión participa y se desarrolla en la oficina del subrogante de la SDM como observador.	
Registro de las propias observaciones y acciones	
XXXXX Se muestra muy cordial y dispuesta a colaborar, designada XXXXX Se inicia explicando el contexto del proyecto y los requerimientos. XXXXX indica que en población urbana la población consultante no existe tantos Mapuche y que ese tipo de población se encuentra más bien en sectores rurales. Menciona que respecto al estamento médico el hospital cuenta con 22 médicos y se reparten por sector, existen 4 sectores y la urgencia en que se realiza turnos rotativos. En salud mental se encuentran asignados 4 médicos y una dupla por cada sector, con un total de 8 profesionales. El sector asignado para dicha atención son los edificios F y G cada uno cuenta con salas de esperas. Refiere que el programa de salud mental PROSAM desarrolla distintas instancias de coordinación con los otros niveles de atención, mediante reuniones o consultorías, las cuales participan como estamento, dichas instancias son con COSAM y hospital de día. Refiere que solo existen algunas, muy pocas actividades de coordinación o actividades con la unidad de salud intercultural o reuniones clínicas. Explica que existen talleres en colegios y algunas visitas domiciliarias por requerimiento específico y talleres en coordinación con COSAM. Al parecer por lo que cuenta XXXXXX parte de las actividades fueron disminuyendo por el factor pandemia y no han logrado retomarlo del todo. Gran parte de las actividades se ven mermadas por la atención asistencial.	

Finalmente, XXXXXX con una colega psicóloga es quien lleva la estadística mensual y por tanto el registro y movimiento de pacientes, por lo que sería positivo que me coordine con ella para solicitar los casos necesarios para la presente investigación.

XXXXX a cada momento deja claro que es muy poco lo que se realiza de salud intercultural en salud mental y que la población que consulta corresponde más bien al radio urbano, por lo que refiere del estamento médico pocos son los interesados en materias de salud mental, XXXXXX. Además, como una forma de sumar puntos a su beca varios médicos en distintas oportunidades del mes específicamente los fin de semanas se coordinan con la DAS de Cañete para participar en rodas rurales, lo que entrega un importante valor en la beca lo que el Servicio de Salud certifica, además de las capacitaciones.

Sugiere que me pueda sumar a las consultorías que se desarrollarán el mes de septiembre y a las visitas domiciliarias programadas. Una es el 4 de septiembre la consultoría de infantojuvenil y el 27 de septiembre consultoría de adultos.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	29/8/2023
Hora de inicio	11:30 am.
Hora de término	14:30 pm.
Tiempo observado	4 hrs
Número de personas	
Ubicación geográfica	Sala de espera del hospital Kallvu Llanka
CÓDIGO	OE
Descripción de escenarios y actividades	
<p>Se observa infraestructura de gran tamaño, en el extremo sur se encuentra la unidad de urgencia y de corta estadía y en el extremo norte la farmacia. En el sector central se encuentran los edificios con sus respectivas salas de espera y medicina y en los edificios F y G se encuentran asignados al programa de salud mental.</p> <p>La infraestructura de salas de espera, que son 7 cúpulas repartidas por letra, simula ruka Mapuche de bastante altura. Al parecer su material es de madera, concreto y forradas en siding de pvc con diseño de tejas de color crema deslavadas por el sol la lluvia y la humedad, con hongos en sus pliegues.</p> <p>Las salas de espera se encuentran separadas y diferenciadas de los box de atención por un pasillo y una mampara de vidrio, una especie de ventanal y puertas de vidrio. En general se percibe una infraestructura moderna. La señalética de los sectores y edificios se encuentra en idioma Mapuche o mapudungun y español.</p> <p>Las salas de esperas y los espacios se encuentran muy diferenciados, separados por pasillos que favorecen el flujo de personas y no se observa aglomeraciones sobre todo por la organización del edificio.</p>	

Las observaciones se realizan desde sectores en que se aprecia una panorámica del lugar.

Destaca el orden y la limpieza del lugar. Constantemente el personal de aseo del hospital pasa trapeando y limpiado periódicamente.

Las personas son llamadas ordenadamente y acuden con sus familias todo de forma muy respetuosa. Se observa muy poca gente en un inicio y al consultar a los guardias del lugar refiere que el flujo se concentra entre las 9:00 am y las 11:00 am. Y luego en la tarde de 14:00 pm a 15:30 pm., sin embargo estando a las 11:00 hrs en el lugar se aprecia poco flujo. Se observan personas Mapuche y no Mapuche. En el sector de la farmacia las personas son llamadas ordenadamente y por número mediante un altoparlante para retirar medicamento, todo muy tranquilo en el sector se aprecia 5 a 6 personas que es lo habitual en todos los sectores. El hospital en su frontis presenta una orientación noreste. En el exterior se encuentran jardines, todo muy amplio. Se observa bastante despliegue de seguridad , una caseta al ingreso del recinto con un guardia, el resto (4 guardias) desplegados en estacionamientos, y al interior al menos 1 o 2 por sala de espera y un mesón central al ingreso que cuenta con 2 o 3 guardias de seguridad.

Llama la atención que en el momento en que me encuentro realizando la observación y registro, se acerca un par de guardias acompañado de 3 guardias más que se quedan atrás, quienes me consultan sobre que me encuentro haciendo a lo que explico sobre la investigación y muy amablemente refieren que no fueron informados y que continúe. Uno de los guardias comprende y me dice “lo que usted está haciendo entonces es ver lo que ocurre al interior de un hospital”.

Croquis – fotografía del lugar







Registro de las propias observaciones y acciones

En los espacios de sala de espera, el flujo de pacientes se da de forma tranquila y poco concurrida. Se observan personas Mapuche y no Mapuche.

El sector del edificio F, destinado a la espera de personas con problemas de salud mental todo se da en silencio, se observa mayor cantidad de personas y mayoritariamente son chilenas. Cuenta con una persona que orienta a los asistentes y cada sector cuenta con guardias. Se observa señalética alusiva a los derechos y deberes de los pacientes.

Frente a la cúpula del sector F, se encuentra el SOME, al igual que al sector anterior todo es muy tranquilo y en silencio. Los box de atención se encuentran separados por una mampara de vidrio y ventanal, lo que permite visibilizar el tránsito de personas y profesionales que amablemente invitan a ingresar a su atención.

En la sala de espera cuenta con un sector de amamantamiento, separado por un biombo de vidrio no transparente tipo mampara que promueve la privacidad y un sillón cómodo para las madres y sus hijos, en todas las salas de esperas se encuentran estos espacios de amamantamiento.

Los trabajadores y profesionales se muestran muy amables.

En los espacios del hospital en general la señalética se encuentra en español y mapudungun. Por ejemplo en el sector del some se indica de la siguiente forma: SOME Satélite sector azul – Kallvu Wellñ.

Durante el desarrollo de la observación se acerca un guardia y me pregunta que es lo que me encuentro haciendo y refiere que no le han informado sobre la observación o el estudio. A propósito de lo mismo el tema de la seguridad se observan bastante guardias, tal vez 2 por sector y un mesón central en que se encuentran muy atentos al ingreso y flujo de personas.

En la medida que transcurre el día se observa en el sector de salud mental personas Mapuche y no Mapuche. Los profesionales son no Mapuche. En la medida que se acerca la una de la tarde (12:54), el some comienza a cerrar, los profesionales siguen atendiendo pasado el horario de las 13:00 hrs.

Llama la atención que en sector F y G todo ocurre muy tranquilo, sin ruido, muy

adecuado y ordenado, sin aglomeraciones, lo único que interfiere es alta voz de la farmacia que se encuentra en el sector norte del hospital con volumen alto, pero como se encuentra diferenciado del resto de los espacios se escucha a la distancia.

El sector de la farmacia se observa pocas personas las que son llamadas numéricamente por un intercomunicador. A diferencia del SOME ésta dependencia permanece abierta al público, el sector es muy amplio y dispone de asientos muy cómodos y seis ventanillas. También cuenta con señalética alusiva a los derechos y deberes de los pacientes. Una consigna de la asociación de funcionarios que llama a la dirección a lo siguiente “Director estamos hacinados”. Al igual que en los otros espacios las personas muy ordenadas y con calma va pasando a la farmacia para retirar sus medicamentos, dos funcionarios atiende amablemente al público.

Finalmente destaca la limpieza del lugar, varias personas en funciones de aseo están desplegadas en distintos sectores, limpiando pisos y ordenando los sectores, pasan constantemente sin detenerse, la limpieza es algo constante.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	31/8/2023
Hora de inicio	7:30 am
Hora de término	13:15 pm
Tiempo observado	3 horas 30 min.
Número de personas	
Ubicación geográfica	Ingreso del hospital Reunión PROSAM
contextos	Se observan 5 contextos en distintos momento de la mañana -Sector mesón central – ingreso al hospital -Primera reunión coordinación PROSAM -Visita unidad de corta estadía (UCEP). -Urgencia. -Sala de Espera.
CÓDIGO	OE
Descripción de escenarios y actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - (7:30 am) Sector de ingreso al hospital: La primera observación se desarrolla en el ingreso al hospital a muy temprana horas de la mañana y se puede apreciar el ingreso de los funcionarios y el inicio de las atenciones. En la medida que me adentro en los distintos pasillos de las dependencias el lugar va mostrando una tranquila jornada. - (9:00 am) Reunión de presentación y coordinación con PROSAM, psicólogos principalmente. La segunda observación ocurre en la reunión de presentación y coordinación PROSAM. 	

- (10:00 am) Visita unidad de corta estadía y urgencia del hospital.
- (12:12 am) Sala de espera.

Registro de las propias observaciones y acciones

En la mañana muy temprano en donde la lluvia y el frío, llaman al refugio por no mojarse, distintos vendedores ambulantes dispuestos en el ingreso del hospital, en un alero que cubre de la lluvia varios vendedores ambulantes ofrecen café, sándwich, dulces y bebidas a funcionarios que rápidamente ingresan al establecimiento y en donde algunos se detienen a desayunar buscando los espacios secos cubriéndose de la lluvia, con un café o té caliente que los reconforte del frío y el sueño de la mañana.

Ordenadamente se disponen a buscar sus puestos de trabajo, con saludos de buenos días, se observa mucha cordialidad y amabilidad entre ellos. Algunos ya dispuestos en sus lugares, sobre todo guardias y personas que atienden al público, los podemos encontrar antes de las 8:00 de la mañana atentos a cumplir sus funciones cotidianas.

Muy temprano se observa muy bajo flujo de pacientes, solo el personal del hospital son quienes transitan por los pasillos.

Son las personas con vestimenta Mapuche quienes se pueden apreciar más temprano por la mañana solicitando orientación o simplemente dirigiéndose a los sectores de atención.

En la medida que avanza la mañana son los sectores E, F y la farmacia que existe mayor flujo de personas. Todo muy tranquilo los funcionarios comienzan a llamar a las primeras personas para su atención en las distintas áreas o sectores, en panorámica lo percibo desde el sector G.

En Sector G se observa un televisor encendido mostrando distintos contenido, procedimientos médicos y atenciones a las personas que esperan tranquilos su atención, promocionando distintas atenciones o educando a la población. Dicho elemento de información lo encontramos en gran parte de los espacios de espera, farmacia, ingreso, urgencia entre otros, a veces encendido y otros no habilitados.

La publicidad promocional contempla en ese minuto hábitos de alimentación, actividades saludables y procedimientos de exámenes que cuenta el hospital. La información es entregada en español y subtitulada.

Las imágenes alusivas no se relacionan con la población Mapuche, tampoco con la población atendida urbana de la ciudad de Cañete, se observa personas que no corresponden a la realidad comunitaria del territorio, las personas que aparecen en el video presentan mayor similitud a personas de Santiago de sectores más acomodado de la población. Solo algunos procedimientos muestran visitas domiciliarias y atenciones con población local y Mapuche pero son los menos.

En las salas de espera se observa personas con vestimenta Mapuche y urbana.

La paz del lugar se ve interrumpida por una persona escuchando un video en su celular en un volumen alto. Ordenadamente las personas ante el llamado de los funcionarios acuden a su atención (edificio G).

Al transitar por los pasillos colindantes con la sala de espera se observa bastante flujo de personas que no es perceptible a la distancia debido al diseño del lugar, al parecer la disposición de las salas de espera deja despejado el pasillo para su tránsito y se encuentra todo calefaccionado y con aire acondicionado.

XXXXX, me indica mediante un llamado telefónico que me dirija al sector azul que es dónde se encuentra esperándome ella y el equipo, el acceso solo es posible si me encuentro acompañado de la profesional porque los sectores se encuentran resguardados por guardias y restringidos. En el lugar se encuentran además de la encargada 2 profesionales psicólogos, luego se suman 2 más. Refiere que gran parte de ellos atienden en el sector azul, refieren que son un equipo interdisciplinario que se orienta en distintas localidades organizados por sector, similar al modelo familiar de atención.

Refieren que mayoritariamente las personas que realizan visitas domiciliarias son las asistentes sociales. Se procede a explicar el contexto de la investigación, los objetivos y muy dispuestos se comprometen a seleccionar casos para el desarrollo de las entrevistas, así como acompañarme a las localidades para presentarme a las personas y acompañarme en el desarrollo de grupos de discusión. Comienzan a referir distintos sectores en que tienen mayor afinidad y otros que no es conveniente participar porque tal vez es riesgoso por los atentados incendiarios o tal vez ser comunidades conflictivas por lo que refieren, comunidades que se encuentran en resistencia. Refieren que el día lunes puede ser un buen día debido a que existe móvil para trasladarse. Otro tema importante que se conversó es las distintas instancias para participar de observador y poder registrar los distintos espacios. Entre ellos surgen las reuniones de coordinación, las consultorías infantil (4 de septiembre) y de adulto (27 de septiembre de 14:00 a 17:00 hrs). Refieren que los miércoles es la reunión clínica del equipo de neurorehabilitación. Refieren que la consultoría sería una instancia muy biomédica y que poco se explora los aspectos psicosociales, por lo que no me recomiendan asistir ya que hablan solo de fármacos y es liderado por el psiquiatra. (Durante los siguientes días descubriré que el PROSAM presenta baja concurrencia a dicha instancia y los profesionales refieren que en su minuto fueron retados por el psiquiatra por la baja concurrencia a pesar que se explica por qué; además al realizar la gestión telefónica y por correo electrónico a la XXXXX del COSAM y al XXXXX no existió respuesta para participar de dicha actividad, a pesar que me encontraba autorizado por la encargada del programa y el Servicio de Salud).

Refieren que el hospital se encuentra los sectores azul, rojo, verde, y amarillo. Las atenciones por médico son de 12 minutos. Que las unidades que tienen relación a salud mental son la UCEP (corta estadía) que queda en el ala sur del hospital, el COSAM fuera del establecimiento, el hospital de día, PROSAM APS, y es la farmacia la que distribuye los medicamentos por las distintas instancias.

Posterior a dicha instancia (reunión PROSAM) XXXXX me lleva a una visita a la urgencia y la UCEP (Unidad de corta estadía). Lugar ubicado en el primer piso con bastante seguridad, se debe avisar el ingreso y la enfermera lo debe autorizar, es un lugar restringido de alta complejidad. En la oficina de profesionales se encuentran 3 enfermeros quienes se presentan, una XXXXX y el XXXXX. Refieren que desde el año 2018 no existe alguna internación con pertinencia cultural, no cuentan con psicólogos hace bastante tiempo, por tanto son ellos (enfermeros) quien realiza la contención emocional y XXXXX refiere que podría ser una buena idea participar de una de las reuniones de la UCEP para observar su abordaje.

XXXXX, no con tan positiva actitud, refiere que debo enviar un correo electrónico para revisar la propuesta a pesar que se le ha explicado que es el Servicio quien

me ha autorizado. El mismo refiere que es una unidad clínica y que carece de orientación comunitaria o algún aspecto intercultural, sin embargo lo evaluará. A lo anterior le respondo que la UCEP se encuentra en un hospital que declara promover una mirada intercultural y que entiendo se encuentran desarrollando protocolos con la unidad intercultural. (Luego averiguo que XXXXX las consultorías y que XXXXX le habría indicado responderme respecto de mi participación en las mismas, lo que a la fecha no ocurrió. Además XXXXX que ha participado en la construcción de protocolos en salud intercultural).

Luego de desocuparme XXXXXX unidad de salud intercultural XXXXXX, me dispongo a observar el sector G de la sala de espera del hospital en donde se observan quince personas en espera, se observa bastante flujo de personas algunas con vestimenta y rasgos Mapuche, varios niños y personas con apariencia más rural del sector, todo sorprendentemente en orden y tranquilidad en comparación con otras salas de esperas de hospitales urbanos.

En el lugar se encuentra un televisor mostrando las distintas prestaciones que realiza el hospital así como distintos programas o formas de atención, dichas imágenes muestran profesionales e imágenes explicando al público en general exámenes, y promoviendo el uso de las distintas ofertas. Las personas del SOME se muestran activas en la atención de público, el flujo de llamado es rápido y los usuarios van pasando a su atención en la medida que son llamados o por profesionales o por TENS, gran parte de las personas utilizan mascarillas.

La señal ética del edificio G o también denominada en la traducción de Chedungun Ruka G, refiere que cuentan con Atención de adultos, atención de maternidad, atención nutricional, atención dental, atención social, atención psicológica de esa manera se presenta al público en la sección del SOME.

Se observa bastante interacción entre profesionales y el públicos, contantemente los llaman para su atención, salen de los pasillos diferenciados de atención a dar una indicación u orientar a los paciente, bastante movimiento de personas en dicho sector.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	31/08/2023
Hora de inicio	11:00 am
Hora de término	13:00 pm
Tiempo observado	2 horas
Número de personas	1
Ubicación geográfica	Unidad de salud intercultural hospital Kallvu Llanka
Circunstancias especiales	Unidad de salud intercultural XXXXX
CÓDIGO	OAI
Descripción de escenarios y actividades	
La presente reunión se enmarca en la instancia de requerimientos, planificación y explicación del contexto de salud intercultural, si bien se había realizado una	

primera reunión para evaluar la factibilidad del desarrollo de una investigación hace un año aproximadamente, la presente se desarrolla ya aprobado el proyecto y en un contexto oficial. Con mayor detalle y profundización XXXXXX va explicando la forma de trabajo de la unidad y un poco de historia de la unidad, las dificultades y el modelo de trabajo.

Registro de las propias observaciones y acciones

Entonces lo que te decía era que si bien es cierto no es una prestación institucional no es parte de la cartera institucional. O tú me dices cuando se quiere grabar. No, dale dale, sí, estamos. Entonces, en la apariencia pareciera ser cuando tuve el listado de prestaciones que tenía en el hospital, que si no aparece dentro de lo formal, es porque no existe como tal del punto de vista institucional o como entendemos nosotros la prestación no existe como prestación la atención de Machi en nuestro hospital porque nuestros agentes de salud no quieren ser prestadores de salud, no quiere ser parte del sistema.

(Y el tema de la salud intercultural pasa exclusivamente por esa prestación o hay otros elementos que también se pudieran definir como interculturales).

Hay mucho más elementos, no solo la prestación. Muchas cosas que tiene que ver con el enfoque que nosotros estamos trabajando son tanto los aspectos que incluso hasta el trato, el buen trato tiene que ver con el proceso terapéutico desde la cosmovisión, desde el punto de vista la cosmovisión Mapuche. Nosotros cuando hablamos de transversalizar el lenguaje nuestro, también hablamos de sensibilizar a todos los funcionarios, a no solo aquellos profesionales de salud que tienen una relación en el box con los usuarios. ¿Por qué? Porque el enfoque es integral en su máxima expresión. A eso aspiramos nosotros.

Entonces cuando hablamos de transversalizar o hablando de pertinencia cultural, nosotros hablamos de pertinencia cultural, porque la interculturalidad como tal se tiene que quedar en una situación de diálogo donde ambas partes están en el mismo nivel, el mismo nivel de poder de decisión, el mismo nivel de capacidad de gestión y eso no se da en la política intercultural de Chile porque lo que existe hoy día es una política una ley que nos dice lo que tenemos que hacer, no hay diálogos territoriales (tos, perdón) por lo tanto nosotros nos llega una orientación técnica desde el ministerio que nos dice que podemos realizar todas las acciones que queramos dialogar con el territorio, hacer mesas territoriales, pero dentro de un marco establecido, dentro de un marco normativo establecido. Toda aquella que no esté considerado ahí no se puede ejecutar. Por lo tanto, eso genera eso genera tensión en el territorio porque muchas veces las comunidades nos dicen que quieren tal o cual cosa y dentro de ese diálogo nosotros tenemos que decir bueno esto es lo que podemos hacer y esto es lo que no podemos hacer. (Perfecto).

Entonces los diálogos hasta cierto punto si bien es cierto nosotros trabajamos desde lo que nos dicen desde las comunidades, tenemos limitaciones, te pongo un ejemplo que tiene mucho sentido, Cuando las mujeres mapuches del territorio nos dicen lo que ellos esperan que por el solo hecho de que este hospital tiene la noción de interculturalidad la placenta se debiera entregar Se tiene que entregar la placenta porque el hospital es intercultural y lo que se espera que como es intercultural se espera que se respete la cultura. Qué pasa que cuando nosotros

nos traemos ese requerimiento a la institucionalidad aquí se nos dice no, no se puede porque la placenta según la ley es considerada un desecho orgánico por tanto se va al horno, y se genera una tensión.

Pregunta: ¿Eso ocurre en la actualidad?

R: Hoy no.

Eso ocurrió inicialmente el 2012 Entonces qué es lo que hacemos nosotros como hospital, es empezar a ver internamente cómo respondemos a este requerimiento. Y finalmente, hablamos con los abogados, se hacen una serie de reuniones hasta que se logra sacar la placenta de esta categoría De desecho orgánico y recién ahí nosotros podemos hacer un protocolo que nos permita entregar la placenta. Entre eso pasaron 2 años. A eso voy yo que la política intercultural nuestra tiene limitaciones Y cuándo se genera tensión cuando los pueblos originarios nos piden cosas que nosotros por ley no podemos hacer (No está regulado no está normado). Por lo tanto, nuestro deber ser como hospital intercultural es problematizar internamente esto y hacernos cargo. Y así han ido apareciendo todos los protocolos que nosotros tenemos.

Pregunta: a mí me llama la atención, que en el discurso hay arto tema con los protocolos o harto énfasis al tema de los protocolos. Y ustedes han ido afinando algunos protocolos. Y los protocolos son importantes por esta razón tú lo dices, porque los protocolos permiten como abrir puertas.

Respuesta: El funcionario de salud en general es formado para trabajar en base a las normas, por tanto tiene una predisposición a acatar los protocolos. Cuando algo no está protocolizado ellos se niegan a realizarlo, por qué no está permitido. Y frente al riesgo de la salud de la persona, ellos argumentan que como no está en el protocolo, yo no puedo hacer algo que ponga en riesgo la salud del paciente, aunque tengas al frente a un paciente que te esté rogando por tomar Lawuen y porque quiere ver a la machi, si no está protocolizado, hay una oposición, por lo tanto cuando nosotros nos dimos cuenta de eso, lo que comenzamos a hacer, perfecto, no se puede hacer porque no está protocolizado, vamos a trabajar en los protocolos. Todas nuestras acciones y todos los protocolos que ahora tenemos son en base a Requerimientos que cuando se hicieron, en ese momento no se podían hacer porque no había protocolos. Perfecto no hay protocolo empecemos a trabajar en los protocolos. Los periodos en que comenzamos a trabajar con los equipos para hacer los protocolos de atención en salud con competencia cultural fueron momentos iniciales muy tensos, porque en todos los equipos hubo Resistencia, no ha habido ningún protocolo que haya iniciado de manera armónica.

Pregunta: Y Resistencia de que tipo por ejemplo.

Respuesta: Resistencia de, la más simple era porque era más pega y la más compleja era porque había discriminación positiva, porque ha esta persona se le va a permitir hacer esto y por qué a esta persona no, y cómo lo resolvimos porque si bien nuestros protocolos son con pertinencia cultural son para todos los pacientes Mapuches y no mapuches. De hecho el dato que nosotros tenemos es que aquí, yo diría es que el 55 al 60% de los requerimientos son de pacientes no Mapuche.

Pregunta: ¿y en el caso de salud mental? ¿Hay una guía clínica se recomienda ciertas orientaciones?

Respuesta: Yo no sé mucho de cuando sería (la guía clínica del 2016) y que aquí se demoró en llegar 1 año. 2017 a mi correo. Y de ahí nosotros empezamos trabajar inmediatamente en un proceso de sensibilización. Porqué, porque nosotros como tenemos los 3 niveles de salud mental de cierta manera cuando en mismo centro de salud, están todos los niveles de Atención, los especialistas tienen la palabra, son ellos los que generan las directrices hacia abajo, Hacia los niveles de menor complejidad, aquí teníamos corta estadía psiquiátrica, hospital de día, y como teníamos Psiquiatras, la primera respuesta que ellos nos dan cuando hay un paciente que dice, la familia nos dice, sabes que mi paciente mi familiar, Sí!!! yo acepto que tiene esta enfermedad pero también tiene esta otra que es Mapuche, por lo tanto no basta que lo vea el psiquiatra sino que también queremos que lo vea la machi, Porque la machi le va a hacer una ceremonia Y porque la Machi le va a dar Lawuen. Y el psiquiatra de ese entonces me dice que no!!!, porque primero tiene que ser compensado el paciente, Y además él al desconocer la composición del Lawuen él no tiene ninguna certeza de que algún componente del Lawuen pueda interactuar negativamente con los medicamentos que él le está dando. Porque, porque me tocó a mí me tocó, Venía llegando yo, me dice el Dr. Me dice, porque no hay ninguna evidencia científica Que a mí me diga qué el Lawuen no interactúa con el tratamiento farmacológico. Y yo le respondo, pero tampoco hay evidencia científica que no interactúe, o sea, no tenemos nada le decía, usted no me puede decir que no se puede, y yo le puedo decir que se puede y ambos no tenemos argumento, no hay estudios acabados respecto a esto. Entonces me dice OK.

Y éste psiquiatra le entrega el caso a otro psiquiatra con el que tuvimos que hacer un trabajo de sensibilización, lo invitamos a conocer a la machi a conocer el sistema de salud mapuche, y después de ese proceso de sensibilización éste psiquiatra accede, a tratar al paciente él y la machi. Ese fue el primer caso que tuvimos nosotros a nivel terciario y que fue un caso que impactó tanto al equipo y a la red de salud, que dijimos ya!!!, vamos a empezar a trabajar en el protocolo de salud mental Que incorpore los 3 niveles Pero como somos referente provincial lo vamos a trabajar con todos los equipos de la red. Qué fue lo que hicimos nosotros el año dos mil diecisiete hicimos el primer seminario de salud mental Intercultural dónde presentamos este caso, obviamente no identificando las personas a los psiquiatras, a la machi y la facilitadora intercultural que estuvo en el proceso. Se invitó a los equipos de la red de la provincia, a conocer el caso, se invitó un machi también, a otro machi, y a un yatiri de la cultura aymara, para que nos contaran cómo ven ellos las enfermedades mentales, cómo las tratan, el origen, las causas. Todos los aspectos terapéuticos, que tan importante era para un paciente que alude tener una enfermedad mapuche que fuera ignorada en el proceso terapéutico clínico, y con eso nosotros en el primer seminario identificamos quienes eran los actores claves (que año era eso) dos mil diecisiete, el dos mil descociere identificamos actores claves, el dos mil dieciocho un segundo seminario, y el machi nos fue revisando todos los años lo que íbamos haciendo. El segundo año hicimos una propuesta de protocolo, trabajamos en flujogramas, y el tercer año se trabajó ya, en un protocolo, se les entregó a los equipos, a grupos de trabajo se le entregó el formato del protocolo, y ellos tuvieron que llenarlo, y

con ese trabajo de tres años, nosotros hoy día estamos terminando el protocolo porque tuvimos un receso de dos años por la pandemia producto de la pandemia entonces dos mil diecisiete, dos mil dieciocho y dos mil diecinueve, y ese trabajo lo tomamos y lo retomamos el dos mil veintiuno y ahora recién tenemos un protocolo casi terminado con el trabajo de los propios funcionarios. Eso ya está casi por firmarse ya estamos en las últimas revisiones. Pero como te das cuenta y por qué me doy el tiempo de contártelo, Porque es un proceso.

Pregunta: Qué opinas que estás ataduras estos nudos se tenga que resolver con protocolos. Como algo más reflexivo pensando en que ya llevas bastante tiempo como empujando esto en el fondo. Cuál es tu opinión de esto Que para flexibilizar el sistema se tiene que instalar el protocolo.

Respuesta: Al principio yo me oponía un poco a la elaboración del protocolo porque sentía que Estábamos institucionalizando la cultura, los conceptos culturales. Lo estábamos tomando y lo estábamos convirtiendo en procedimientos institucionales, sin embargo con el tiempo, cuando me doy cuenta el efecto que provoca un protocolo el que sea en el quehacer diario de los funcionarios, yo dije no tenemos opción. De cierta manera (se te abren puertas) de cierta manera yo pasé por un proceso de duelo, re significación, y tuve que aceptar que en definitiva teníamos que empezar a trabajar en protocolos para poder cambiar la forma de responder a los requerimientos de las comunidades, por qué, porque es la única forma de reducir la resistencia de los funcionarios, es la forma práctica y objetiva de reducir la resistencia porque además nos encontramos en este hospital en particular, con una situación que tiene que ver, con que a los funcionarios no se les preparó para éste cambio, no se les formó, entonces de un día para otro pasaron de un hospital de baja complejidad comunitario A un hospital de baja complejidad comunitario pero de base intercultural, y eran muy poquitos lo que sabían lo que eso significaba. Sin embargo, las comunidades tenían clarito lo qué eso significaba, que tenían que respetar la cultura Mapuche dentro de este espacio hospitalario, pero como a nadie se le preparó los primeros años fueron muy complejos, porque se generó una confrontación entre las expectativas de las comunidades y las capacidades técnicas que tenía los equipos para responder esos requerimientos, que era cero. Lo único que teníamos en éste hospital eran los dos facilitadores interculturales y un equipo de apoyo chiquitito, por lo tanto lo que pasa es que empezamos a identificar nosotros que el problema no era que el funcionario no quisiera. El problema era que a pesar de tener la voluntad de hacerlo no estaba protocolizado y no tenía los conocimientos ni siquiera básicos para comprender a un paciente Mapuche que le daba tanta importancia al Lawuen (perfecto), por lo tanto nosotros lo generamos fue simultáneamente comenzamos a trabajar en protocolos, pero al mismo tiempo, generamos espacios de capacitación, entonces nosotros en el plan anual de capacitaciones del PAC exigimos como unidad intercultural que tenía que haber al menos una capacitación al año de cosmovisión mapuche, pero además de eso, nosotros como equipo el intercultural financiamos con plata del programa nuestro un seminario, entonces tenemos dos instancias de capacitación al año y por qué el seminario, el seminario no tiene requisitos puede ir cualquier persona, en cambio la capacitación del PAC que es una prestación más institucional, tiene que ir una persona a contrata , tiene que tener proyección dentro de la institución,

en ese tiempo los remplazos no podían y nosotros generamos otro espacio de capacitación paralelo al PAC para que pudiera asistir cualquier funcionario y eso nos permitió a nosotros ir generando en los funcionarios un poquito más de conciencia, del por qué el usuario Mapuche de comunidad requería una prestación que no estaba en ningún protocolo, entonces fuimos avanzando en los protocolos y en la entrega de competencias a los funcionarios. Y hoy día la resistencia es mínima. En este momento ya no se le dice que no!!! A un usuario que quiere atención de Machi, no se le dice a usted no puede no se le dice después del médico Vaya a la Machi.

Pregunta: y paralelamente toda ésta fuerza que van empujando ahí que pasa con la dirección, porque claro una cosa es el protocolo, pero también está la dirección, que pasa ahí con las políticas de la dirección.

Respuesta: La dirección (los va apoyando) la estrategia que nosotros ocupamos es que dentro de esta unidad intercultural ampliada, que yo te decía que es un equipo de apoyo que ha ido creciendo con el tiempo, nosotros incorporamos a esta unidad intercultural ampliada a la dirección, al equipo directivo, y ellos componen lo que se conoce como la subunidad de gestión directiva, entonces cada situación que requiere de la decisión directiva se sube inmediatamente el Peñi que tu conociste aquí, o la lamngen XXXXX de al lado, subimos los tres o uno de los tres, a plantear un caso a la dirección o una situación X y nos reunimos cómo sub unidad de gestión directiva, que es el equipo directivo y nosotros, a ver cómo resolvemos esa situación. Ahora si tiene que ver con la atención médica, nos juntamos principalmente con el subdirector médico, si tiene que ver con temas de gestión hablamos con la sub dirección administrativa. Pero el equipo directivo es parte de esta unidad intercultural ampliada y apenas llegan las directivas nuevas nosotros las mandamos un power y hacemos una reunión de inducción con el equipo directivo que ellos son parte de éste equipo intercultural y tienen que hacerse parte de las decisiones que tomamos.

Pregunta: y a propósito de esto, que tiene que ver con sensibilización, formación, capacitación, y además lo de la gestión, cuéntame Cómo se organiza esto en términos de los distintos niveles de complejidad, porque me he dado cuenta que está primaria, secundaria y también está terciaria. Algunos adentro del hospital y otros fuera, sobre todo salud mental que tienen otras unidades que son de mayor complejidad, entonces yo me pregunto cómo la unidad se relaciona con ellas, pensando en su orientación distinta, cual fue la estrategia ahí.

Respuesta: En realidad nosotros logramos identificar, que la estrategia para avanzar en esto era prestar muchísima atención a los requerimientos de los usuarios Ellos nos fueron indicando cuál era el camino. Entonces en las áreas que iban apareciendo situaciones de requerimientos interculturales o con pertinencia cultural, en esa área nos concentramos. El primer requerimiento que tuvimos fue la placenta y después las curaciones, el mismo año dos mil doce lo de las placetas y curaciones con pertinencia, tuvimos que avanzar en ambas áreas, de manera casi de choque, porque una enfermera que fuera hacer una curación a una ruka con piso de tierra, llena de humo fue un choque para la enfermera fue traumático por decirlo de alguna forma y ella lo único que dijo era que no iba a hacer la curación ahí. Ahora lo que ella no entendió que si se llevaba al paciente a la casa de la Machi no era para ver, para tratar o manipular la

curación, sino era porque la Machi necesitaba ver la herida del paciente para entender cómo iba a ser su proceso terapéutico cual es el Lawuen que tenía que hacer etcétera. No manipuló la herida pero la enfermera estaba de ataque. Porque estaba muy segura que la herida iba a llegar muy infectada al hospital de nuevo, cuestión que no pasó entonces todos estos inicios son de choque cultural. Eso es lo primero que tenemos que entender y las curaciones, en ese momento las curaciones que se hacían, era una curación avanzada que no era de la atención primaria sino que era de pacientes hospitalizados, una curación compleja de pie diabético, incluso con orden de amputación ya firmada. Entonces nosotros sin darnos cuenta fuimos avanzando y esto te lo digo de verdad, no nos propusimos esto, la gente no fue diciendo dónde era más urgente avanzar. Fuimos avanzando más en la mediana complejidad o en las áreas de las especialidades que en la atención primaria. Porque dónde aparecían los requerimientos de atención de Machi complementarios o simultáneos, con el psiquiatra, con el traumatólogo, con el neurólogo cuando ya estaban ahí los pacientes ahí decidían ellos verse con Machi. (En el momento de mayor tensión de su enfermedad, Aparecían éstos requerimientos). Exactamente, (no en el momento de una atención moderada o leve ya perfecto) sí. . . (la última opción más o menos) Suele pasar especialmente en aquellos pacientes Mapuche que no recurren a la medicina Mapuche habitualmente. Pero el paciente que ve la medicina Mapuche habitualmente es el que vemos en la atención primaria. Ese requerimiento aparece en la atención primaria porque es alguien que convive con esta medicina Mapuche. Pero sí los pacientes que conviven con la medicina mapuche es cuando estos pacientes de especialidad ven que esta situación es grave recurren a su creencia también y al mismo tiempo a la simultaneidad con la medicina de especialidad. Y esto nosotros no lo preparamos de esa forma se fue dando así y nosotros tuvimos que hacernos cargo de eso y afortunadamente como te contaba en el trabajo que hemos hecho con mucha paciencia buscando, en general nosotros buscamos a gente de otros hospitales que veían un poco más avanzados en algunas cosas que están haciendo lo mismo que nosotros. En el fondo lo que hacemos nosotros es decirle a los pacientes de nuestro hospital oye en los otros hospitales también están haciendo lo mismo que nosotros. No somos los únicos por que en otros territorios también existen requerimientos culturales en la atención de salud. Y eso genera un buen impacto en los funcionarios, entonces cómo avanzamos de un nivel a otro, lo curioso aquí nosotros, donde más avanzamos fue primero en el nivel de especialidad más que en la atención primaria, entonces nuestros avances no tienen que ver con la lógica de los niveles de complejidad, por qué el requerimiento de atención con machi pueden aparecer en cualquier nivel en cualquier momento entonces nosotros nunca nos propusimos trabajar en la primaria primero, en la secundaria posteriormente, no, donde fuera, en el nivel que fuera nosotros teníamos que trabajar en la pertenencia cultural y eso generó un impacto positivo por qué cuando, somos tan estructurados en salud, que si un especialista acepta atención con Machi, todos para abajo no lo cuestionan, que también es un tema muy característico de la salud, somos muy jerárquico y estratégicamente para nosotros fue bastante positivo, porque ya esa área en particular, observaba que el especialista estaba trabajando con la Machi, la Resistencia también para abajo

disminuía incluso no habiendo protocolo, (esos serían como los dos grandes referentes, la Machi y el psiquiatra) Inmediatamente de ahí se generan la disposición de querer trabajar en un protocolo, antes del primer caso, que teníamos nosotros con Machi, ni siquiera se había pensado en la posibilidad de hacer un protocolo. Qué es lo que nosotros nos propusimos como equipo intercultural es que teníamos la oportunidad de poder vincular los niveles de salud mental por qué entre ellos trabajan muy separados, la atención primaria por su parte, cuando tu derivas un paciente de la atención primaria a secundaria, hay muy poca retroalimentación el paciente pasó por el Prosam estuvo muy complejo fue derivado al Cosam, el Cosam se hace cargo del paciente y el Prosam pierde contacto con el paciente, si el paciente no se recupera en Cosam, se va a corta estadía psiquiátrica, el Cosam pierde contacto, no del todo, el Cosam es como la bisagra entre el nivel primario y el nivel terciario pero se hace cargo el nivel terciario. (Y ningún paciente de Cosam vuelve a primaria) tiene que haber, pero desde el punto de vista intercultural no ha ocurrido (alguien que está con una depresión severa con ideación suicida, se recupera y vuelve a primaria), no, nos ha pasado de terciaria a secundaria, pacientes nuestros que han sido vistos con Machi han pasado de UCEP, hospital de día y después a Cosam, eso nos ha pasado. Pero no de Cosam a Prosam, de secundaria a primaria no nos ha pasado. Al menos no tenemos información al respecto. Entonces nosotros a través de éste protocolo, lo que queremos es que los niveles de atención conversen entre ellos al menos con los pacientes, que requieren atención de Machi. Que haya una retroalimentación y en eso estamos trabajando hoy día. Pero como te digo el abordaje de la atención con pertinencia cultural en este hospital no tiene que ver con el nivel de complejidad no sigue ese orden. (perfecto, perfecto, o sea en el fondo su camino tiene que ver con ir mostrando transversalmente éste modelo de atención)exacto (o promoviendo la integralidad de las atenciones independientemente de donde la persona esté).

De hecho nosotros hoy día ya, Pensando un poco en que este hospital está haciendo todo lo posible para ser de mediana complejidad, técnicamente ya se han dado muchos pasos en adelante para la mediana complejidad, nosotros con mayor razón tenemos que concentrarnos hoy día en las especialidades, porque en algún momento la atención primaria va a salir de acá del hospital se va a ir a un edificio fuera del hospital.

Pregunta: Y esto qué el hospital transite hacia una mayor especialidad, cómo lo ve para la salud intercultural, porque mientras más específico, algo debe pasar ahí. Más específico se vuelve el hospital.

Respuesta: Como dice su nombre, a mayor complejidad también es mayor complejidad para nosotros, porque los especialistas tienen tratamientos muy específicos de acuerdo a las patologías que es muy específica, hasta ahora hemos trabajado bien con psiquiatras, con traumatólogos y este año con neurólogos, hemos andado bien por qué porque nosotros entendemos que la medicina Mapuche es complementaria a la biomédica pero en el centro de salud, en el que estamos hoy día, el giro principal es la biomedicina, por lo tanto nosotros en ese sentido cedemos siempre la iniciativa a los procesos terapéuticos clínica y después entramos nosotros, inmediatamente después, entonces hemos entendido qué hay procesos terapéuticos exclusivamente clínicos, hay momentos

de estos procesos terapéuticos que son estrictamente clínicos pero no todos, entonces nosotros entramos como en una especie de negociación con los especialistas para entender en que momento de la terapia o de la recuperación puede ingresar el Lawuen, puede ingresar la Machi y no tenemos ninguna resistencia con eso, hasta ahora, sin embargo claro cuando hablamos de un hospital de mediana complejidad lo más probable es que tengamos mayores restricciones desde el punto de vista de las patologías. Por qué, porque si nos enfrentamos a patologías en donde hay problemas para tomar Lawuen, lo más probable que nos digan, él no puede tomar porque tiene dificultades para tragar, hasta que no recuperemos eso no puede tomar Lawuen. Seguramente, nos vamos encontrar con eso, o con algún paciente que requiera alguna ceremonia y no pueda salir del hospital, porque el especialista determino que no, por el alto riesgo que eso implica, probablemente nos vamos a encontrar con situaciones como esas, y ahí tenemos que nosotros tener la capacidad, aun así no perder el rasgo de la complementariedad, es decir, hacer entender al médico especialista, que apenas se pueda se va a hacer, no porque el especialista diga que o se pueda hacer hoy día la familia va a renunciar por qué no pasa eso. Incluso el especialista puede dar de alta a un paciente con una complejidad y la familia igual lo va a llevar a la Machi, igual le va a hacer la ceremonia por qué es una convicción muy personal y familiar de la familia que viven de acuerdo a su cultura, entonces nosotros lo que estamos haciendo con los especialistas hoy en día, es una especie de negociación estratégica, respetamos su momento pero nosotros inmediatamente después entramos en el proceso terapéutico.

Pregunta: Oye XXXXX, y yéndome para el otro lado para el programa de salud mental, para el programa de atención primaria, que hay cuatro sectores, que hacen bastante terreno, que están lidiando constantemente con la comunidad y que me contaban bastante experiencias de como ellos dialogan con la comunidad, son parte de eso que tú me cuentas, van ustedes a la comunidad, los acompañan, les requieren alguna asesoría, participan de sus reuniones clínicas.

Respuesta: hoy día sí, hoy día estamos. . . porque con salud mental la forma de relacionarnos que teníamos, era que ellos nos traían e paciente para acá. Ahora, nosotros no damos abasto para todos los requerimientos a nosotros nos encantaría estar en terreno todo el tiempo, salir con los chiquillos. Bueno, hay una razón práctica que no todos los casos de salud mental requieren de nuestro acompañamiento. Cuando hemos sido requeridos hemos acompañado. Eso se puede dar habitualmente cuando nos toca visitar alguna autoridad ancestral, la Machi alguna agente de salud, se nos informa y nosotros vamos, acompañamos, pero más que nada para velar que no se cometa alguna transgresión y que se respeten los protocolos culturales, ahí los chiquillos van en su rol de facilitador intercultural, por qué, porque hay familias de agentes de salud, familias de Machi que se relacionan con los demás mediante los protocolos culturales, esos protocolos culturales los equipos clínicos no los conocen, entonces ahí el rol del facilitador es fundamental.

Pregunta: Y esos protocolos culturales ustedes le han puesto el nombre de protocolos cuéntame.

Respuesta: Sí, nosotros le hemos puesto el nombre de protocolos culturales, Nosotros les hemos dicho a los funcionarios que así como tenemos protocolos

clínicos biomédicos, también hay protocolos culturales y lo entienden inmediatamente (afirmación con sorpresa y énfasis).

Pregunta: ¿Entonces han tenido que adecuar el lenguaje en el fondo, pa' acá y pal otro lado también?

Respuesta: cuando le hemos explicado, que si tú vas a la casa de un lonko lo primero que tienes que ver es quien es el vocero de la familia, se habla con él, porque siempre hay un representante, si hay una machi también, es un protocolo ah!!!!!!!, les decimos la palabra protocolo y nos ahorramos todo, porque así todos entienden de que así es como se tiene que hacer, Increíble pero así ha sido.

(que interesante lo que tú dices, que en realidad desde la presentación, de la llegada al lugar, la casa, la familia, y la comunidad, claro eso requiere cierta orientación porque puede ser na transgresión, puede ser una falta de respeto) una Machi por ejemplo, un lonko es una autoridad, que siempre tiene un círculo de protección, te atención de lo que sea, pero es difícil que uno llegue directamente a esa persona. Llega el médico y dónde está la paciente, va directamente, no!!! Sí hay una Machi es porque hay alguien que la está cuidando y no podemos pasar por encima de ella porque esa es una transgresión, porque eso afecta la energía del cuidador y esa energía negativa va afectar a la Machi. Entonces, tiene todo un sentido mucho más profundo de lo que estamos comentando, pero repercute.

Una vez me decía una Machi puede venir a hacer una visita domiciliaria acá a la casa, con el mejor médico, pueden darme los mejores medicamentos, el mejor diagnóstico pero si a mí me trataron mal, sigo con la enfermedad, porque una enfermedad no es solo física, la enfermedad Mapuche, Mapuche Kütran, no solo tiene eco de dimensión física, tiene que ver con la dimensión espiritual, entonces si yo soy bien atendido, mi cuerpo bien atendido pero me siento mal la forma como estoy siendo tratada, sigo desequilibrada. Por eso te decía delante porque la transversalidad nuestra no es que estemos en todas partes físicamente, sino que tratamos de abarcar todas las dimensiones del proceso de atención, desde que llega el paciente hasta que se va. Y eso nos ha costado mucho que entre en la mentalidad de los funcionarios que a veces no nos damos cuenta cómo estamos cayendo en un maltrato y eso transversal todo el hospital tenemos problema, tú vas a cualquier hospital, y en cualquier reunión donde se analizan los reclamos, la mayor cantidad de reclamos tiene que ver con trato, por qué el médico no me mira, porque la some me habló fuerte, porque no hay hora, o por qué el portero no me dio la indicación correcta, (o porque es muy poco tiempo de atención) muy poco tiempo de atención, cuando tú llegaste a un problema y lo converses con los actores principales, el doctor me dice, sí pero tengo 15 minutos para atender, yo mientras atiendo tengo que registrar porque después no tengo tiempo durante el día, o por qué después no están consideradas las horas extras y después me tengo que ir a hacer turnos a la urgencia, entonces el sistema nuestro está colapsado. Aquí nosotros desde el punto de vista cultural argumentábamos que no era suficiente 15 minutos, que tenía que ser por lo menos 25 minutos y casi nos cuelgan, porque en el fondo, nos decían si aumentamos en 10 minutos la atención vamos a atender menos gente. Y lo que nosotros tenemos que hacer es con la capacidad que tenemos tratar de ampliar al máximo nuestra cobertura, o sea con lo poco que tenemos, debemos tratar de

atender a la mayor cantidad de gente posible. Yo decía chuta, pero no importa cómo. Entonces ahí se genera una tensión entre lo cultural y lo clínico.

Pregunta: ¿y esa atención de Machi es costeada por la familia, lo costea el hospital, lo costea el sistema público. Porque el contexto de financiamiento es paciente Fonasa, pero que pasa con la atención del Machi.

Respuesta: Una de las cosas que se debate constantemente es que cuando el machi se convierte en prestador institucional de salud el paciente se puede atender gratis porque se puede atender con un bono. Como hoy día todos los pacientes de Fonasa son atención gratis Si el machi fuera prestador de salud y atendiera aquí, porque debe atender aquí y no en otra parte, la atención Podría ser gratis. Pero los machis de aquí no están dispuestos a eso. Hay otros hospitales donde sí lo han hecho y ha generado tensión en el territorio entre los machis que sí y otros machis que no. Hay tensión que antes no existía por la institucionalidad llevó a esa tensión al territorio. Aquí esto no ocurre por lo tanto lo que nosotros hacemos es disponer de recursos, que es un móvil, que incluye un conductor, que incluye la mantención del móvil, que incluye el sueldo del conductor para llevar los pacientes a la casa del machi. Esa es nuestra colaboración, ese es el presupuesto que nosotros destinamos a la atención de machi y el costo de la atención lo cubre el paciente, entonces es como una atención particular, y cuando la gente es derivada para acá, nosotros le explicamos cómo es el proceso. Nosotros le estamos enseñando a todos los funcionarios para que ellos también le expliquen a la gente en qué consiste por qué hay gente, no todos que han llegado personas aquí creyendo que es gratis porque como es hospital es salud pública, creen que esto es gratis y cuando le explicamos dicen chuta ya no puedo. Nosotros hemos debatido intensamente esto con los que están más arriba, con la unidad intercultural del Servicio de Salud para que suban esta inquietud de ver cómo podemos nosotros financiar la atención del machi sin que sea prestador Institucional y nos han dicho que la contraloría se opone rotundamente a eso. Y ahí, yo creo que si la contraloría tuviera una mirada intercultural muchos de los problemas que tenemos hoy día no los tendríamos. Pero la sagrada contraloría siempre tiene la última palabra y en ese sentido, mientras no haya un documento de respaldo que verifique que valide la transacción el intercambio, no se puede hacer nada y tiene que ser un documento avalado por servicios de impuestos internos. Que antiguamente la boleta a honorarios nos servía pero ahora no sirve, nos dicen que debe ser solo factura y tributaria en primera categoría. Imagínate yo le voy a decir eso a un Machi. (el Machi tendría que reconvertirse a n entidad tributaria) Yo no sé si los machis jóvenes hoy en día, van a repensarlo pero los machis que nosotros trabajamos que la mayoría de ellos son mayores no tiene ningún interés en ser parte del sistema Y hay un machi joven que tiene boleta honorario pero él no tiene el ánimo de ser prestador. De tener al Ministerio de Salud como patrón porque el siente que su Newuen, que sus püllü se pueden enojar con él, porque sus püllü tienen que sentirse libres, en vinculación con la naturaleza y meter a otro actor, y hacer depender esa energía sanadora de una institución no Mapuche o huinca Podría generar un desequilibrio en el machi. (O sea quien debiera resolver esta situación no es el Machi sino la persona que solicita la prestación) el problema es nuestro como hospital (pero el Machi no debiera meterse en eso)

nooo . . . Y nosotros lo hemos problematizado tanto hemos tratado de generar alguna forma pero lejos de eso hoy día nos llega la instrucción, que ahora esto es mucho más rígido que antes yo entiendo por qué en la política pública, en los recursos públicos son ultra burocráticos porque son ultra fiscalizados, para evitar la merma de recursos o la fuga de recursos lo que sea y eso uno le entiende, pero eso no quita y para nosotros no es excusa de que no se hable al respecto o no se debata de cómo lo podemos manejar, como lo podemos superar, sigue siendo un problema no es que no se pueda se acabó la discusión porque, porque nosotros nos encontramos con muchas pacientes de comunidades, que no tienen los recursos para pagar, entonces qué es lo que nosotros hacemos a veces cuando el machi lo permite, nosotros lo llevamos lo que se llama el Camarico (ofrenda que uno lleva cuando va de visita, es un presente ya sea en alimento u otra cosa) en el fondo es una cajita con alimentos no perecibles que el machi necesita. Cubrimos un poco la atención con cosas que nosotros podemos comprar, como programa pero no es la mayoría del tiempo. (o sea, ustedes establecieron una forma doméstica para retribuir y poder resolver el tema) y con la voluntad de cada agente de salud, si lo aceptan bien, por ejemplo un compondor de huesos de repente si alguien no tiene, le podemos llevar vendas y le pagamos de esa forma la atención del paciente, pero no tenemos hoy día una respuesta legal a ese requerimiento y nosotros lo sentimos mucho porque vemos a muchos pacientes que creen fervientemente en la machi, pero no tienen los recursos y ahí nos da mucha pena, de repente hemos llegado nosotros, de improviso a juntar un poco de plata para pasarle al paciente, para que al menos termine su tratamiento, porque lo otro que nos pasa es que hay gente que empieza y no tiene Lucas para terminar.

Pregunta: me imagino que ustedes tienen alguna comunicación con algunos Machis qué opinan los Machis de esta situación.

Respuesta: Hay machis que lo hacen pensando en el paciente que no tiene plata, pero eso es una forma de pensamiento moderno, por qué antiguamente lo ancestral decía que cuando una familia recurría al Machi y el Machi sanaba al paciente era responsabilidad de la familia retribuir la sanidad del paciente asumiendo el costo de eso y pagando. Hoy día los machis que no están de acuerdo con esto nos dicen cuando mi amigo Machi, mi peñi Machi va a atender al hospital, la familia no le está retribuyendo al Machi su esfuerzo por estar sanando al paciente, lo está haciendo el estado, entonces la relación entre el Machi y el paciente no es la misma que ancestralmente era. Entonces va el paciente se atiende con el machi, recibe tratamiento y se va.

Pregunta: y esto que tú me planteas que es lo tradicional, lo más antiguo tienen alguna forma de transmitiré a las personas éste punto de vista, para que lo entiendan que más que tener que ver con el dinero, tiene que ver con la retribución material en el fondo.

Respuesta: nosotros en todos los espacios que podemos lo conversamos, en el fondo a veces es bien entendido y a veces no, entonces se dice ustedes están defendiendo, así como lo dicen ustedes, solamente el que tiene plata puede ir a verse con la Machi, yo les digo no, se puede juntar, es una forma pero tiene que ver con la retribución, tiene que ver con el agradecimiento de que el machi a mí me sano y yo le doy las gracias retribuyéndolo con algo mío que hoy día es el

dinero (y la persona define como lo retribuye o lo define el Machi) no, e Machi hoy día lo define él pone el precio cobra en dinero una consulta y Hay múltiples tarifas por decirlo de alguna manera por ejemplo, la consulta puede costar 10.000 pesos en Lawuen puede costar 5.000 pesos la botella. Eso es como lo más simple porque también hay patologías hay Mapuche Kūtran que requiere de ceremonias Y eso ya es otra cosa, porque una ceremonia implica qué tiene que involucrarse la familia completa, qué tiene que hacerse los Kūni (se construyen cuando se hace un nguillatun, solo se construyen en ese espacio que se llama nguillatuwe) las ramadas, preparar un espacio para hacer la ceremonia, estar un día una noche a lo menos, atender a la gente que va a ser parte de la ceremonia implica un gasto mayor pero eso es lo ancestral así se hacía y por qué es así porque en teoría la familia debiera estar dispuesta a todo por sanar a ese miembro de la familia. Si no hay dinero antiguamente en el campo, lo que se hacía que el que tiene animales de esa forma lo hacía o cambiaba animales por algo que no tenía. (y esa experiencia que tú me mencionas, se ha hecho coordinado con el hospital y las personas de acá han participado de esa experiencia o solamente participa la familia) no si se les invita a los chiquillos, de hecho justamente éste fin de semana la Lamngen XXXXXX y XXXXXX tenían que ir una ceremonia, a participar, a acompañar a un paciente que la gestionó se hizo a través de éste hospital, el Machi pide una ceremonia ara éste paciente y los chiquillos iban como kona que se llama, a apoyar como Kona, XXXXX, si los chiquillos son parte de la mayoría de los procesos terapéuticos de los paciente que llegan aquí. Cuando hay ceremonia generalmente, uno de ellos participar. (En el caso de los profesionales de salud mental alguno participa en la actividad, son más reticentes a participar, esa actividad más compleja que hay que estar en un día para otro) son muy pocos los que se involucran XXXXXX por ejemplo que es la que tú conoces, ella está muy involucrada en esto pero paramos de contar, pero no está instalado en los chiquillos el acompañamiento a este nivel. Porque además, no basta que tú quieras ir, te tienen que invitar y en ese sentido, no siempre el acompañamiento del psicólogo al paciente o la familia se genera un vínculo. Porque porque la gente que esté en la ceremonia debe ser gente que anhele profundamente que esa persona se sane. Hay energías que se buscan cuando el Machi dice que en una ceremonia queremos veinte acompañantes tienen que ser veinte personas que realmente quieran que esa persona se sane y esa energía y ese anhelo que él se sane, ayuda al Machi al tratamiento que va a hacer, entonces no puede ir una persona que le caiga mal, no puede ir alguien que no sea bienvenido en el grupo, no es fácil ser parte de esta ceremonia y los chiquillos son invitados recurrentemente porque ellos se vinculan con los pacientes, además que la gente también le agradece ese apoyo (es una relación más estrecha) exactamente, (el paradigma es totalmente distinto al sistema de salud) además que es entre Mapuche, Mapuche-Mapuche eso es muy fuerte, uno puede decir . . . mira yo no soy Mapuche de nacimiento, mi señora es Mapuche, estoy casado, tengo la calidad indígena sin embargo aquí todavía hay Peñis que aún no hablan conmigo, hablan con XXXXX y con la lamngen XXXXXX, porque tienen códigos ancestrales en dónde los problemas de Mapuche se hablan entre Mapuches, El huinca después incluso aquí cuando han habido reuniones con autoridades importantes, ellos se reúnen antes, se convocan dos, tres horas antes y después hablan con

los huincas. Y aquí me ha tocado y como yo entiendo, XXXXXX que aprendí muchísimo, me sirvió mucho para estar aquí, yo entiendo que esos códigos que son ancestrales y no tienen que ver con mirar en menos al otro o ser displicente con el otro, tiene que ver con códigos, que el que quiere hablar con otro Mapuche. (Tiene que ver con los protocolos culturales que tú dices) No hace mucho llegó un Peñi, a hablar con . . . estaba muy enojado con una situación, y llegó con su kull kull y lo dejó encima de la mesa y eso es un desafío, cuando un Peñi llega así aquí, quiere una explicación de algo que le molestó y consideraba que, yo estaba sentado ahí y XXXXXX estaba aquí, y le pidió a él, que él le explicara lo que había pasado, era por un paciente que estaba hospitalizado, se había retrasado la hospitalización a una hora x la persona había estado tres a cuatro horas esperando eso le molestó mucho. Y en la medida que fueron conversando, se fue calmando y sacó el kull kull de la mesa, porque el desafío se acabó. Entonces, esos son códigos que todavía existen y gente joven a!!!, cada familia aprende de manera distinta, entonces lo que nosotros interpretamos que esta persona es de una familia que vive su cultura a la antigua, entonces y nos encontramos con cosas así nosotros en el día a día y por eso el rol del facilitador es súper importante porque de repente no nos damos ni cuenta cómo podemos cometer un error y podemos alejar a la familia, de éste proceso terapéutico complementario y en ese sentido los chiquillos son clave, todo lo que nosotros hacemos hoy día aquí funciona en base al conocimiento que ellos nos entregan, nos comparten y también los chiquillos que son de casa de acogida, la casa de acogida hoy día está cerrada, pero los chiquillos de ahí, también son de comunidad y también conocen.

Pregunta: oye y con todo éste conocimiento, por eso te preguntaba, si el equipo tuyo participa en las reuniones de salud mental, para poder saldar algunas dudas por ejemplo, para cuando tenemos que ir a una comunidad por primera vez, o alguna familia que tenga alguna tradición en el lugar, lo solicitan, están ahí como presente.

Respuesta: Si, ellos van cuando se nos convocan cuando hay caso que requieren de nuestra atención o requieren de nuestro acompañamiento los chiquillos van, entonces por qué, porque hay caso que los equipos clínicos dudan si efectivamente tiene que ser derivado a nuestra unidad o no, por qué se confunde lo religioso con lo espiritual, porque además es para confundirse, el que no tiene el conocimiento Suficiente lo puede confundir, te pongo un ejemplo un paciente que alude que tiene un mal pero que ese mal es satanás y la única forma de sanarlo es que lo vea un pastor para hacerle un exorcismo, entonces ahí nos llaman a nosotros. Chiquillos esto es para ustedes o no, nosotros le decimos no, por qué la fe de esa persona está puesto en el ámbito religioso, por lo tanto si nosotros llegamos a hablar con él para decirle sobre la posibilidad de ver a la machi en primer lugar lo va a rechazar y en segundo lugar no va a entender por qué le estamos ofreciendo la machi si él requiere un pastor, no amerita no corresponde. Esos casos si hay y cuando tienes las dudas nos llaman, a veces ni siquiera vamos a la reunión, a veces nos llaman y respondemos rápidamente, lo conversamos los tres, o individualmente y decimos esto sí esto no. Cuando no estamos nos mandan correo pero siempre nos están pidiendo ente asesoría y acompañamiento. Asesoría tiene que ver con hablar por teléfono sí o no

acompañamiento es cuando hasta nosotros tenemos la duda porque a veces hay pacientes que son Mapuches que van a guillatún pero antes de eso fueron muy evangélicos. Hasta ellos no tienen claro si lo que tiene el paciente es Mapuche Kütran o huinca Kütran, si lo que tiene el Peñi o la Lamngen, es de satanás o si tiene una enfermedad Mapuche, ni ellos lo tienen claro. Y a veces nos piden apoyo para ayudarlos a dilucidar qué es lo que tienen y las enfermedades Mapuche tienen distintos orígenes desde que tú puedes ir caminando y se te cruza un Trafentu (espíritu negativo que afecta o perjudica cuando la persona ya está vulnerable o en estado de desequilibrio) que se llama un viento malo, lo respiraste te enfermaste. La transgresión, que tiene que ver con estar en un espacio donde hay un Ngen (dueño de alguna entidad) cuando no pides permiso ese Ngen se enoja y te enfermó, te llevaste una enfermedad de ese lugar. O transgresiones que tienen que ver con aspectos ceremoniales por ejemplo si una mujer embarazada va a un funeral, puede en el funeral Mapuche tiene distintas etapas, la primera noche se prepara a este espíritu para que viaje y la primera y segunda noche la tercera noche se supone que sale del cuerpo y la cuarta se va, son cuatro noches o tres noches y cuarto días. La cosa es, que hay momentos de este proceso donde las mujeres embarazadas no pueden estar porque el espíritu no quiere irse y a veces se puede pasar a un bebé, él bebe no tiene resistencia o puede que una parte mala de este espíritu se quede y puede quedar en un bebé, ahí también hay otra forma, hay otra Mapuche Kütran, y hay distintos casos de como enfermarse o cómo tener una enfermedad Mapuche, lo que nosotros más nos encontramos aquí, es con enfermedades producto de las transgresiones, porque hicimos algo incorrecto, estuvimos en el lugar inadecuado donde no pedimos permiso a los guías. (Pero son enfermedades más espirituales) si absolutamente espirituales, y esto que le hicieron un mal. Yo siempre he dicho que nosotros tenemos un vínculo muy fuerte con salud mental, muchas de las patologías que se dan en el área de salud mental tienen una relación con lo espiritual desde el punto de vista de la cosmovisión Mapuche, a enfermedad siempre empieza en el plano espiritual y cuando se manifiesta en el cuerpo es porque ya lleva tiempo en el cuerpo. A diferencia de lo clínico que lo primero es ver los síntomas clínicos en el cuerpo y después como repercute en lo psicológico, acá es todo al revés, cuando la persona ya tiene un problema en el cuerpo es porque aquí, hay algo que está hace tiempo, por eso que para los Machi es súper importante saber de hace cuánto tiempo está así, etc. etc. Nosotros igual cuando queremos orientar a una familia habitualmente le preguntamos, se le hacen las preguntas, cuánto tiempo así, que fue lo que le pasó etc. etc. Hasta que llegamos a una especie de diagnóstico si en realidad tiene que ir a Machi (lo que tú me quieres decir es que el ofrecer tiene relación a si es parte de su creencia) es un acto de fe, nosotros hemos tenido a personas que quieren ir pero sabemos que esas personas, que no. . . Que no va a resultar, a veces lo llevamos una vez, el Machi lo ve, le hace el diagnóstico le da Lawuen, pero cuando vemos que no hay no hay adherencia, que ya no hay nada, después ya no lo citamos, porque las personas que les va bien, las personas que tienen un efecto terapéutico positivo es gente que cree, por eso digo es un acto de fe. Ahora, El acto de fe no tiene que ver con una fe religiosa tiene que ver con el convencimiento que estoy haciendo lo correcto y lo mismo pasa con el médico, si

aquí en un box, también hay un acto de fe, la gente viene al doctor y si el doctor le provocó buenas sensaciones esa persona va a creer que el médico, le dio el medicamento correcto y si esa persona se sanó después con mayor razón y acá es lo mismo pasa exactamente lo mismo. Y en ese sentido, nosotros detectamos también casos que no tienen ningún sentido que vaya.

Pero como te decía la salud mental y las enfermedades Mapuches tienen una fuerte relación. Por qué, porque tiene que ver con esto que es intangible, que no está somatizado, (con el mundo más inmaterial) exactamente ahí entra lo mental. ahora la mayoría de los casos que nosotros hemos tenido no han sido de salud mental pero sí ha sido lo más impactantes, la mayoría de los casos que hemos tenido han sido básicamente personas que tienen úlceras varicosas, pie diabético, Depresión tema de salud mental, no hace mucho teníamos una niña que estaba en silla de rueda y después empezó a recuperar la movilidad, cuadros ansioso, no en realidad y hartos de salud mental, pero que no . . . sabes lo que pasa, es que no son pacientes de salud mental no se están viendo con el psicólogo no se están viendo, no están en ninguna parte de la red de salud mental .

Pregunta: y no consultan por alguna razón. Me imagino que han hecho esa conexión la prevalencia mayor en la provincia son los problemas con alcohol, problemas de depresión también, ansiedad, algunos cuadros clínicos asociados al tema de la represión y la militarización, a y los suicidios que son algo importante en la población Mapuche. No sé si conectado al tema e la depresión, pero me imagino que algo de eso debe haber.

Respuesta: si lo que pasa aquí en el territorio pasa algo bien especial, pero la gente que vive cerca de la casa de los Machis no viene acá va directo, entonces es un dato que no tenemos pero que sabemos que es real, porque la Machi de Antiquina, La Machi de Quelihue, El Machi de Huentelolen, de Lleu Lleu reciben pacientes que no vienen acá a dar la vuelta, van directo, pero sí sabemos de qué el tema de la represión ha repercutido fuertemente en la salud mental de los niños especialmente, niños y adolescentes, si sabemos que el consumo de alcohol ha sido una cuestión crónica en el territorio, si sabemos que hay mucha depresión, hay mucho abandono de adultos mayores que tienen también depresión, y los casos que llegan aquí a la oficina, como te decía la mayoría son un 60% son no Mapuche, y llegan aquí cuando ya recorrieron todo el itinerario terapéutico biomédico, es como aquí no resultó, vamos a ver con la Machi qué pasa, pero llega muy esperanzado y han habido casos realmente, sorprendentes pero por qué, uno detecta un poco algunas variables que tienen que ver con esto, es porque los pacientes que ven a los médicos no se toman los medicamentos, no se acogen a los tratamientos que los médicos le dan, por qué yo diría hay un estigma desde el punto de vista que los medicamentos hacen mal, muchos medicamentos hacen mal, la gente está dejándolos en el velador, pero en cambio el Lawuen, como el remedio del Machi es en base a hierbas medicinales, la gente sí se lo toma, entonces hemos tenido casos sorprendentes. Pero por qué porque ellos rechazan todos los que es farmacéutico, No responden a tratamientos clínicos. Hoy día la medicina Mapuche se ha visto fortalecida por eso. Entonces, la gente que llega acá, es gente que llega porque, se desvinculó del proceso terapéutico, se salió del tratamiento biomédico, se desesperanzó y quiere probar

otra medicina. Eso es una parte, la otra parte tiene que ver con los cuadros ansiosos, insomnio, convencimiento que le hicieron un mal, dolores que aparecieron de repente o cosa que aparece sorpresivamente en el cuerpo y que no entienden dónde está el origen. Entonces tenemos un variado universo de pacientes (es una mixtura de todo) si, es muy difícil categorizar tenemos de todo. Hubo un tiempo que tuvimos muchos pacientes terminales, que llegaban aquí con un cáncer en fase uno o ya habían visto todo y nosotros a vez les decimos, miren en realidad no es mucho lo que podemos hacer, por qué porque la gente se hace expectativas y cuando la gente llega aquí le pedimos un mínimo de información que nos puedan contar por qué viene qué le pasa, yo cuando viene a hablar con los chiquillos, yo me salgo porque, porque es entrevista personal y hubo un tiempo que tuvimos muchos pacientes con enfermedades terminales, hoy día ya no, post pandemia tenemos muchos pacientes con cuadros ansiosos, ansiedad, insomnio, dolores, estrés en el cuerpo, que un doctor Podía decir que esto es fibromialgia y la gente se lo atribuye a un mal, llegan a la Machi, llegan aquí con síntomas físicos pero con el convencimiento de que el origen de esa patología física está en un ámbito más espiritual y aquí el médico acá no lo va a sanar, ese es el pensamiento que día está predominando, post pandemia no lo sé. Pero la gente busca hoy día una respuesta no clínica a sus dolencias.

(Bueno XXXXXX como yo te contaba el estudio tiene como tres partes, la observación del programa de dónde está inserto el programa, la observación de las distintas actividades que ellos desarrollan, las reuniones clínicas, las actividades comunitarias u operativos. Me da la impresión que algunas actividades de taller ya no las hacen). . . los chiquillos del Prosam se encuentra sobre demandado y cuenta con lista de espera. Yo lo que sé es que aún están tratando las lista de espera que quedaron producto de la pandemia, y además de eso aumentó mucho la consulta atención primaria en salud mental, post pandemia, entonces, los chiquillos están acachados con listas de espera, y estadística y yo no tengo Claro si están haciendo actividades comunitarias. Me parece que solamente muy puntuales.

(Sí, de hecho, la idea es que yo les comente ahí en un correo el tipo de actividad que yo requiero, para poder observar, solamente observar, acompañarlo y registrar un poco esta relación que hay entre la comunidad y ellos).

Te interesa participar en todos los nivel de atención, en al menos una reunión. (O sea, yo creo que es importante alguna reunión, de hecho lo comentábamos con el psiquiatra de acá del corta estadia y lo tengo que evaluar, pero no me parecería mal de repente participar a propósito que están relacionados atención secundaria, terciaria, y APS, al menos en una reunión, participar, observar cómo se ve en estos casos con pertinencia cultural, pero en este mes en especial yo le comentaba al equipo de atención primaria que mi objetivo es principalmente hacer las entrevistar al menos los primeros casos. Son seis a siete casos. Esa es la primera y paralelamente participar de las actividades de observación, para que en el segundo mes, en octubre conformáramos los grupos e igual participar en algunas actividad, ellos me propusieron que pudiera acompañarme en estas rondas que hacen y al parecer, ellos encontraron que era positivo que yo estuviera, a propósito de conversar dar de los análisis respecto de sus experiencia en los programas y dar su punto de vista respecto al tema de

intercultural).

Estoy pensando en los casos. (Caso de salud mental), que habían recorrido nosotros. Hace tiempo que no tenemos casos. (Silencio) Tendríamos que analizar con los chiquillos, los casos, que han venido de salud mental, porque caso tenemos mucho, pero que tengan directa relación que hayan sido derivados desde Prosam, Cosam o hospital de día o UCEP (tal vez que lo hayan pesquisado acá o que hayan estado algún periodo acá, que sea parte del flujo).

(tal vez alguien que esté más compensado, por ejemplo, alguien que tuvo una depresión severa con apellido como yo le llamo y que a lo mejor allá en algún minuto haya estado más estable y efectivamente se haya devuelto la atención primaria para poder atenderse y hacer los seguimientos ese tipo de cosas, por ejemplo casos como esquizofrenia, los cuadros afectivo bipolar igual podría ser, pero tendría que estar muy compensados, habitualmente en términos culturales desde la salud, la gente tiende a quedarse en los Cosam, pero en otros lugares ya están entendiendo cómo a devolverlo a un sistema mucho más amigable en el fondo, porque el otro es un sistema muy complejo, Eso interesante también observa. Yo creo que por ejemplo, yo creo que pensando en las redes del Prosam).

(Les quiero preguntar sobre que creen que será más prudente, lo más pertinente si el equipo de interculturalidad o alguna persona de interculturalidad me acompaña, a poder ver el tema del caso o es las mismas personas de salud mental también que me pueden acompañar eso pensando en alguien que no me conoce, qué sería mejor primero llamarlo por teléfono, o ir derechamente a la comunidad, Eso) yo creo que los chiquillos debieran estar. Uno de los dos, pero yo creo si vamos a ver casos de comunidad los chiquillos debieran acompañarte.

(Lo que podríamos hacer es lo siguiente que en el fondo las personas de salud mental me van a socializar algunas personas y la idea es poder programar alguna visita y claro podría ser interesante que participaran en ellos, al menos que me lleven pa allá, que pueda presentarme y pueda ofrecerle la posibilidad de participar, si quieren, no quieren y en el fondo eso, que es voluntario, que no es obligado, si ellos pueden rechazar la opción eso. Y la idea es que, porque lo que me decía que los chiquillos, que la gente de Prosam me decía que tal vez como la distancia que podría ocurrir ahí es que piensen que ellos tienen que hablar de por qué consultaron, y no pu, más bien la idea de hablar de su proceso de tratamiento en el contexto de cómo fueron atendidos, qué les gustó, qué les agradó, cómo llegó usted y cuál fueron los aspectos positivo de su tratamiento).

Es clave la primera conversación con ellos. Como se les transmite el mensaje para que no lo entiendan mal. (Porque ahí la idea es que no que me hablen por ejemplo cosas específicas de su problema en específico, sino que ellos me podrían hablar en términos generales y lo que fue, que les fue ocurriendo en el proceso, en términos de las atenciones, si se sintieron acogido, cómo fue el seguimiento, si existe un alta, o bueno, una cosa de ese estilo. Sobre el tema de la atención intercultural también. Yo puedo mandar un poco las consignas que tengo registradas también para interiorizarla en una primera aproximación). ¿Los chiquillos quedaron de identificar ellos los casos?.

(XXXXXX me dijo que claro que ellos se comprometían a ver el tema de los casos, igual si ustedes tienen algún caso acá también sería interesante verlo) es

que yo no manejo la información pero los chiquillos saben cuándo son derivados del Prosam los paciente, así entonces voy a hablar con ellos para ver si tenemos algún caso reciente, (ya), porque seguro que sí. Pero como te digo la mayoría de la gente que viene casi auto derivada, de que no ha pasado por el Prosam, se ve que viene, pero los síntomas son como te decía insomnio, malestares, depresión, angustia. (Sí, sí), que son personas que podrían estar en atención con psicólogo, pero vienen directo para acá. (a vienen para acá, y de aquí los derivan al Prosam). Algunos prueban primero. Ven acá, el Machi o la Machi y si se recuperan no llegan al psicólogo. (Y la Machi ustedes como que coordinan esa atención, Ah, perfecto).

Nosotros llamamos (eso sería interesante). Siempre nosotros tenemos programado un día x cuando ya conocemos Machi, por ejemplo el Machi que estamos viendo hoy día nos recibe miércoles y jueves, y él atiende por horario de atención, de aquí se van súper temprano los chiquillos, van a llegar bien temprano allá porque van a Boroa. (Y esa atención será posible acompañarlos o sería muy interferente, que crees tú) Depende. (o sea preguntarle a la persona y si el Machi quiere también).

Sí, primero hay que hacer la pregunta. Primero hay que hacerle la pregunta al Machi, no creo que le moleste, es un Machi joven. Pero primero hay que preguntar.

Si hay que preguntar primero. Y tendría que ser un viaje donde van pacientes de salud mental. (Por ejemplo, lo que puedo hacer yo, es que te agrego ahí al correo, porque yo voy a venir acá la semana del once, la semana del once voy a venir completo y la semana del veinticinco, en septiembre. Eso es son las semanas en la semana del once al quince y dieciséis, porque también podía ser un fin de semana igual y del veinticinco al veintinueve o treinta). Ese de septiembre, (claro, ahí en ese periodo la idea es como efectivamente hacer las entrevistas. Porque igual se van a ir dando estas situaciones de participar en las de distintas atenciones, en las visitas domiciliarias o las atenciones de grupos). Las primeras semanas podríamos también, ver si puedes acompañar a Machi, a un paciente. (O sea podría sería ideal, claro, porque esa es una atención más tradicional, claro).

(Y cuando ustedes coordinan esa atención, lo coordinan con salud mental) no, no coordinamos, lo que pasa es que nuestras atenciones no aparecen en el sistema. Nosotros no tenemos clave de Rayen, no tenemos acceso a nada, entonces. Cuando un paciente se está atendiendo con Machi, hoy día recién se están haciendo las primeras modificaciones para que aparezca en la ficha del paciente que se está atendiendo con Machi reciente, porque hay una orientación técnica que habla la norma ochenta y siete que habla sobre preguntarle al paciente si preguntarle al paciente si pertenece a algún pueblo originario pero también de la mano viene esto de visibilizar la atención de los pueblos originarios en el sistema. Nosotros estamos recién en eso incluso ya se mandamos los datos de los chiquillos y/o de la Lamngen o el Peñi para que (y por alguna razón no se estaba registrando eso) la primera razón es que el sistema no está hecho no había nada para donde registrar, recién ahora lo están implementando están poniendo categorías.

Segundo, que ese es un tema, el otro tema es quien registra, Porque nosotros

con salud mental, ya tuvimos un debate ese año atrás de quien registraba la atención del Machi, que se ponía en ese ítem. Si logramos tener atención de Machi, ¿qué va ahí? ¿Quién escribe eso?

Nosotros decimos, nosotros no tenemos clave, no podemos ingresar, tiene que hacerlo ustedes, son los que acompañan al paciente a la Machi, ustedes saben lo que pasó, le decíamos pónganle Mapuche Kütran es suficiente con eso. Pero no llegamos a acuerdo, no legamos a acuerdo, entonces, que es lo que vamos a hacer hoy día, nosotros vamos a tener clave. Y nosotros vamos a empezar a registrar, no sé si el próximo año, vamos a empezar a registrar, pero igual el registro que nosotros vamos a hacer no es específico, lo único que vamos a hacer es visibilizar que ese paciente está atendándose con Machi, eso es lo que nosotros buscamos como unidad intercultural. Que aparezca ahí en la ficha del paciente que él estuvo está en tratamiento con Machi, para que el médico o el profesional que sea lo vean y lo tenga en consideración. Eso es lo único que buscamos, no buscamos ser tan específico porque además la conversación que hay entre pacientes y el Machi es privada.

El diagnóstico también es privado y el medicamento y el Lawuen que se hace también es privada. Por lo tanto, (o sea, ustedes lo llevan nomás en el fondo). Nosotros lo llevamos y no somos parte del acompañamiento. (Perfecto) y eso ha sido siempre así.

Entonces cuando un médico me pregunta a mí oye pero que tiene el Lawuen, le digo, imposible saberlo. Y aunque yo supiera las hierbas que tienen magia en su casa, ninguna Lawuen es igual al otro, (y no sabría tampoco la explicación de por qué esa u otra, en qué cantidad, porque todo es privado) puede ser que tenga la misma hierba y ocupe la misma hierba para todos los pacientes pero en dosificaciones distintas puede ser que el hervor sea mayor o sea menor no sé, a esto le hago cinco hojas, no sé, es imposible saber la composición del Lawuen.

Me lo han preguntado varias veces los médicos. No es información a la que tengamos acceso e incluso si tú hablas con un Machi y también te vas a decir lo mismo. Es imposible definir la composición exacta del Lawuen porque ninguno es igual al otro (Es como muy intuitivo desde parte de ellos, a propósito de la conexión que existe con lo espiritual en el fondo) Claro, no se hace a granel, (claro, claro), yo he visto Machis, que hace harto Lawuen, pero pa un tipo de síntomas. Los mantienen ahí, Porque ellos ya saben que tienen tres a cuatro pacientes del hospital de Cañete con síntomas parecidos y hacen harto durante la noche anterior, preparan harto Lawuen para darles a esas tres o cuatro personas el mismo Lawuen, porque vienen con patologías muy similares. (Perfecto). Pero a veces le pasa al Machi, que a veces le queda un poco porque la causa no era la misma.

(Y cuéntame, XXXXXX en ese sentido tú crees que sería provechoso sumarme a esa visita aunque fuera para ir a dejar al paciente) si nunca está de más, para que comprenda el proceso (Claro), que significa ir a la casa de un Machi, ser atendido por el Machi, y regresarse con el Lawuen por el día.

A nosotros nos agrada que se sepa lo que hacemos porque cometimos un error al principio de no contar nada de lo que hacíamos, pero era porque sentíamos que no estaba preparado para enfrentar la demanda masiva del territorio. Cuando recién empezamos con este trabajo nosotros los protocolos que teníamos no se

los contamos a nadie porque sentíamos que los seguimos clínicos no estaban preparados todavía, Hoy día ya no tenemos ese miedo, porque ya nosotros tenemos toda una gama de acciones que nos permite formar, capacitar a los chiquillos, hacer conversatorio.

Los equipos están preparados para enfrentar la demanda de lo que hoy día estamos ofreciendo. Y en ese cambio nos gusta que nos vengan a visitar tenemos otra postura si hubiese querido hace dos mil diecisiete y dos mil dieciocho, donde estamos en pleno proceso de todo esto, dos mil quince y dos mil dieciocho por ahí, hubiéramos sido un poquito más reticentes, pero hoy día no, hoy estamos en otra postura, y los chiquillos están atentos, muy, entendieron que al final tenemos que mostrar, además que si nosotros queremos que se respete en todas partes de la cultura Mapuche, tenemos que enseñar, mira, nosotros el primer año que yo llegué aquí, yo lo único que quería era ir a ver el Hospital de Nueva Imperial para aprender de ellos, porque era el Hospital intercultural más grande y más antiguo que había, hasta que logramos gestionar una visita, fuimos con el director de ese tiempo, el subdirector Administrativo y el XXXXXXX. Cuando llegamos allá, nos dimos cuenta que el modelo que ellos están construyendo es totalmente distinto al nuestro, porque ellos tienen un módulo de salud Mapuche, que es una casa grande, donde hay sala de hospitalización, donde hay box, donde el box donde atienden los Machi, las parteras, y si el Machi dice que el paciente tiene que quedarse hospitalizado en el módulo de salud Mapuche, se queda hospitalizado, para que se tome, asegurarse que se tome el Lawuen en el tiempo que le indicó y en los tiempos que le indicó, pero ese paciente mientras está hospitalizado en el módulo de salud Mapuche, ningún médico del hospital clínico lo viene a ver, no hay un diálogo simultáneo, o complementario entre el médico y el o la Machi, entonces el paciente se ve con la Machi y una vez que se ve con él, después lo deriva al recinto clínico (perfecto) entonces, bueno esto no es lo que nosotros estamos haciendo, lo que hacemos aquí es que en este mismo espacio se atienden ambas medicinas, y allá eso no ocurre.

Hoy día por lo que me he enterado, los médicos clínicos están aceptando que estando hospitalizado el paciente pueda llevarse la orina a la Machi, y poder tomar Lawuen. Pero no hay una derivación del médico a la Machi, no hay un diálogo entre especialista o entre médicos.

(Oye, XXXXXX y tú conoces el programa de salud mental con pertinencia cultural) las orientaciones técnicas sí (las han leído), las conocemos, las leí, (Las han tratado de adecuar o han tratado de hacer alguna sugerencia o recomendación). No hemos retroalimentado nada hacia arriba. Lo que nosotros hacemos generalmente es tomar las orientaciones técnicas que nos van llegando y ver de lo que está ahí, Cuáles son las cosas que ya estamos haciendo, Cuáles son las que podemos hacer, Y cuáles son las que tenemos que cambiar.

O sea, en el fondo no todo lo que sale en las orientaciones técnicas lo podemos hacer como quisiéramos o como dice la orientación técnica. Entonces vamos priorizando lo que ya llevamos avanzado, lo que se puede hacer y lo que no lo dejamos para dialogar con los territorios. Entonces, si la conocemos, y como toda orientación técnica es muy general, muy general, el fondo se hace como para que se puedan aplicar de manera estándar en todos los hospitales, pero te da un

margen si, te da un margen para que se pueda dialogar con los territorios y no renovar algunas cosas. (Y ustedes han logrado escribir algunas orientaciones acciones, o algunas directrices, han logrado escribir o sistematizar). Me han pedido las direcciones de turno que yo escriba que haga algo, con toda la experiencia que tenemos y ahí tengo que acusarme, de que no he sido capaz de generar el tiempo para eso. Yo debería estar un mes por lo menos, dedicado especialmente a escribir, a construir un relato coherente en las distintas áreas las que hemos avanzado tengo muchos trozos de texto, espero en un momento construir uno solo, pero si tenemos mucho que contar hemos parecido a distintos seminarios, congresos, hace un tiempo atrás fuimos a un congreso nacional (y esos congresos no los has grabado, no lo has sistematizado), no.

(Mira, porque sería interesante que tiene una importante producción ahí de información y ya es más fácil presentar, el escribir sobre el Congreso, escribir sobre tu presentación).

La última vez que participé de un congreso fue un congreso que hace el colegio médico a través de su departamento de primeras naciones, el segundo congreso que hicieron lo hicieron en Concepción. Justo el día antes que empezaré el estallido social. Siempre me acuerdo de eso. Y Claro, yo nunca he registrado nada, tengo pésimo hábito, para ser sociólogo de ir guardando todo lo que voy elaborando, tengo todo desordenado. Pero creo que ya nosotros hace rato que decidimos como unidad intercultural escribir porque nos hemos dado cuenta de que hay muchos equipos que nos han pedido los protocolos y después copian y pegan.

No hay un trabajo con el equipo, de ir construyendo juntos el protocolo. (Te entiendo). Que es una cuestión que nosotros que siempre defendemos porque gracias a esa tensión previa un protocolo cuando el protocolo se firma y a todos lo conocen y todo sabe qué tienen que hacer, el protocolo viene a formalizar algo que ya se está haciendo, pero cuando tú llegas con el protocolo hecho de otra parte y lo quieres y vas cambiando algunas cositas se lo mostrai al equipo, y el equipo no tuvo nada que ver con él, créeme que aunque esté firmado en la práctica se va a ejecutar muy mal porque no está incorporado, no está asimilado por los equipo y cómo lo van a ir asimilando, cometiendo errores. Porque no se involucran y nosotros por eso hubo un tiempo que no compartimos nada y hoy día ya tenemos resumen de todos los protocolos para poder subir a la página pero resúmenes no más, como la idea general (y esos protocolos están oficializados por la dirección) si, todo los protocolos que nosotros hacemos pasan primero por los equipos y segundo se entregan en calidad. Aunque los protocolos nuestros no están sometidos a la revisión o al proceso de acreditación, igual los mandamos a calidad para cumplir con eso, y calidad no hace generalmente observaciones de forma más que del fondo, se hacen las correcciones, se vuelve a enviar a calidad, hasta que el área ya da visto bueno y ahí se enviar a la dirección. Una última revisión de la subdirección médica y se firma. Pero cumplimos con todos los flujos de los protocolos. (Y esos protocolos ya los tienen oficializados) están firmados, están por resolución (y los tienen en la página) no en la página aún no, yo estoy trabajando en eso como para subirlo pronto, este año. Subí los resumen de los protocolos que estamos ejecutando. (Y esos protocolos contemplan los programas, el prosam o el resto de los programas).

Protocolo de salud mental juntamente ese protocolo es el que todavía no está firmado, porque ya estamos en lo último, con Prosam ya terminamos, con Cosam ya terminamos, el otro día nos juntamos con hospital de día terminamos la semana pasada, ya, nos queda solamente la UCEP, que hagan una última revisión para poder enviarnos nuevamente a calidad, para que lo firmes, nosotros queremos que esté firmado para el día mundial de la salud mental esperamos que se firme, pero como te digo la formalización del protocolo todavía está en el proceso al menos salud mental. Ahora los protocolos que nosotros tenemos son transversales porque por ejemplo si una paciente que está por salud mental, en la UCEP y quiere tomar la Lawuen y quiere verse con Machi, el Protocolo de alimentación con pertenencia cultural que nosotros tenemos, que está enfocado a los pacientes hospitalizados, le permite a ese paciente tomar la Lawuen y atenderse con Machi aunque esté hospitalizado. Lo que el protocolo de salud mental hace, es establecer flujos de acción en el caso de que una familia diga al psiquiatra sabe que mi hijo tiene esquizofrenia, lo que hace el protocolo de salud mental hoy día es definir flujos, flujos de derivación, dónde, cómo se tiene que hacer, en el caso de que la familia diga que el paciente tiene una enfermedad Mapuche todos los pasos a seguir (perfecto) eso es lo que se hace en el protocolo. Pero hoy día, lo que está protocolizado cualquier paciente en la unidad que sea, si requiere atenderse con Machi, se puede sacar la orina, se lleva al Machi, se entrega el Lawuen, ese Lawuen se deja en la central de alimentación, y se le administra después de la indicación de la Machi, en la unidad que sea, previa autorización del médico tratante, todo los protocolos nuestro, que para pacientes hospitalizado son previa autorización del médico. (Perfecto). Entonces, tenemos protocolos que se cruzan, súper, súper, entonces hoy día, aunque no esté listo el protocolo de salud mental, el protocolo de alimentación, permite que el paciente se pueda ver con Machi.

(oye XXXXXX yo creo que ya es harito tiempo para ti igual, entonces estamos) si me están comenzando a llegar wssp.

(Entonces quedamos en eso, voy a programar la próxima visita). Yo me comprometo a hablar con los chiquillos para que le permitan acompañarlo a Machi.

(Lo importante es que voy a coordinar los casos con salud mental, con el Prosam y a propósito de eso podamos ver el tema de los días que podemos ir a la entrevista. Yo espero no sé porque cada día sean dos o tres entrevistas, yo creo que con un tres entrevistas de más, Ahí yo no sé cómo lo hay que hacerlo con el móvil, cómo lo hacen ella en el fondo. O me consigue un auto y vamos en un auto, no sé, ahí) si porque el móvil nuestro, está siempre ocupado, tendríamos que verlo con anticipación para verlo pero yo dejé anotado aquí, deja ver si hay algún día que me queda libre para que podamos al menos disponer solo un día el móvil. (Igual, la persona de salud mental, igual, tienen buena disposición para acompañarme así que a lo mejor podrían hacer algunos de ellos) sí. (y esto de ir viendo lo en atención de Machi en caso de ser efectivo) si estoy viendo (en actitud concentrado revisando calendario)

(No todas las actividades van a ser en septiembre, algunas pueden ser en septiembre o pueden pasar para octubre. Lo importante ahora es que el tiempo igual me tengo que enfocar más bien en la entrevista para poder resolver ese

tema y tener los análisis para que octubre tenga más bien los grupos) Sí, necesitas las entrevistas primero. (Claro, las entrevistas primero).
 No sé si XXXXXX habrá derivados pacientes para acá y están con Machi, Podrías preguntarle a ella,(ya), si ha derivó a algún paciente para acá y después yo le voy a preguntar a la XXXXXX si tenemos alguna derivación del Prosam para acá y que esté actualmente en tratamiento con machi esa persona te podría servir para la entrevista, yo igual me comprometo a eso, (Perfecto). (XXXXXX).

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	31/8/2023
Hora de inicio	7:30 am
Hora de término	11:00 am
Tiempo observado	3 horas 30 min.
Número de personas	
Ubicación geográfica	Ingreso del hospital Reunión PROSAM
contextos	Se observan 3 instancias en distintos momento de la mañana como parte del ingreso al contexto de investigación.
CÓDIGO	OE
Descripción de escenarios y actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - Sector de ingreso al hospital: La primera observación se desarrolla en el ingreso al hospital a muy temprana mañana y se puede apreciar el ingreso de los funcionarios y el inicio de las atenciones. En la medida que me adentro en los distintos pasillos de las dependencias el lugar va mostrando una tranquila jornada. - Reunión de presentación y coordinación con PROSAM, psicólogos principalmente. La segunda observación ocurre en la reunión de presentación y coordinación PROSAM. - Visita unidad de corta estadía. La tercera instancia es la visita a la urgencia y la unidad de corta estadía del hospital. 	

Croquis – fotografía del lugar





Registro de las propias observaciones y acciones

En la mañana muy temprano en donde la lluvia y el frío, llaman al refugio por no mojarse, distintos vendedores ambulantes dispuestos en el ingreso del hospital, en un alero que cubre de la lluvia varios vendedores ambulantes ofrecen café, sándwich, duces y bebidas a funcionarios que rápidamente ingresan al establecimiento y en donde algunos se detienen a desayunar buscando los espacios secos cubriéndose de la lluvia, con un café o té caliente que los reconforte del frío y el sueño de la mañana.

Ordenadamente se disponen a buscar sus puestos de trabajo, con saludos de buenos días, se observa mucha cordialidad y amabilidad entre ellos. Algunos ya dispuestos en sus lugares, sobre todo guardias y personas que atienden al público, los podemos encontrar antes de las 8:00 de la mañana atentos a cumplir sus funciones cotidianas.

Muy temprano se observa muy bajo flujo de pacientes, solo el personal del hospital son quienes transitan por los pasillos.

Son las personas Mapuche quienes se pueden apreciar más temprano solicitando orientación o simplemente dirigiéndose a los sectores de atención.

En la medida que avanza la mañana son los sectores E, F y la farmacia que existe mayor flujo de personas. Todo muy tranquilo los funcionarios comienzan a llamar a las primeras personas para su atención en las distintas áreas o sectores, en panorámica lo percibo desde el sector G.

En Sector G se observa un televisor encendido mostrando distintos contenido, procedimientos médicos y atenciones a las personas que esperan tranquilos su atención, promocionando distintas atenciones o educando a la población. Dicho elemento de información lo encontramos en gran parte de los espacios de espera, farmacia, ingreso, urgencia entre otros, a veces encendido y otros no habilitados. La publicidad promocional contempla en ese minuto hábitos de alimentación, actividades saludables y procedimientos de exámenes que cuenta el hospital. La información es entregada en español y subtitulada.

Las imágenes alusivas no se relacionan con la población Mapuche, tampoco con la población atendida urbana de la ciudad de Cañete, se observa personas que no corresponden a la realidad comunitaria del territorio, las personas que aparecen en el video presentan mayor similitud a personas de Santiago de sectores más

acomodado de la población. Solo algunos procedimientos muestran visitas domiciliarias y atenciones con población local y Mapuche pero son los menos. En las salas de espera se observa población Mapuche y no Mapuche. La paz del lugar se ve interrumpida por una persona escuchando un video por su celular en un volumen alto. Ordenadamente las personas ante el llamado de los funcionarios acuden a su atención (edificio G).

Al transitar por los pasillos colindantes con la sala de espera se observa bastante flujo de personas que no es perceptible a la distancia debido al diseño del lugar, al parecer la disposición de las salas de espera deja despejado el pasillo para su tránsito y se encuentra todo calefaccionado y con aire acondicionado.

La encargada del programa es quien me recibe, me indica mediante un llamado telefónico que me dirija al sector azul que es dónde se encuentra esperándome ella y el equipo, el acceso solo es posible si me encuentro acompañado de la profesional. En el lugar se encuentran además de la encargada 2 profesionales psicólogos, luego se suman 2 más. Refiere que gran parte de ellos atienden en el sector azul, refieren que son un equipo interdisciplinario que se orienta en distintas localidades organizados por sector, similar al modelo familiar de atención. Revieren que mayoritariamente las personas que realizan visitas domiciliarias son las asistentes sociales. Se procede a explicar el concepto de la investigación, los objetivos y muy dispuestos se comprometen a seleccionar casos para la entrevista, así como acompañarme a las localidades para presentarme a las personas y acompañarme en el desarrollo de grupos de discusión. Comienzan a referir distintos sectores en que tienen mayor afinidad y otros que no es conveniente participar porque tal vez es riesgoso por los atentados incendiarios o tal vez ser comunidades conflictivas por lo que refieren, comunidades que se encuentran en resistencia. Refieren que el día lunes puede ser un buen día debido a que existe móvil para trasladarse. Otro tema importante que se conversó es las distintas instancias para participar de observador y poder registrar los distintos espacios. Entre ellos surgen las reuniones clínicas, las consultorías infantil (4 de septiembre) y de adulto (27 de septiembre de 14:00 a 17:00 hrs). Refieren que los miércoles es la reunión clínica del equipo de neuro rehabilitación.

Refieren que el hospital se encuentra los sectores azul, rojo, verde, y amarillo. Las atenciones por médico son de 12 minutos. Que las unidades que tienen relación a salud mental son la UCIP (corta estadía) que queda en el ala sur del hospital, el COSAM fuera del establecimiento, el hospital de día, PROSAM APS, y es la farmacia la que distribuye los medicamentos por las distintas instancias.

Posterior a dicha instancia (reunión PROSAM) XXXXX me lleva a una visita a la urgencia y la UCIP (Unidad de corta estadía). Lugar ubicado en el primer piso con bastante seguridad, se debe avisar el ingreso y la enfermera lo debe autorizar, es un lugar restringido de alta complejidad. En la oficina de profesionales se encuentran 3 enfermeros quienes se presentan, una supervisora y el médico psiquiatra a cargo. Refieren que desde el año 2018 no existe alguna internación con pertinencia cultural, no cuentan con psicólogos hace bastante tiempo, por tanto son ellos (enfermeros) quien realiza la contención emocional y la encargada (XXXXXX) refiere que podría ser una buena idea participar de una de las reuniones de la UCIP para observar su abordaje. XXXXXX refiere que debo enviar un correo electrónico, sin embargo es una unidad clínica y carece de

orientación comunitaria o algún aspecto intercultural, sin embargo lo evaluará. A lo anterior le recuerdo XXXXXX que la UCIP se encuentra en un hospital que declara promover una mirada intercultural.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	-Martes 12 de septiembre 10:04-13:00 -Miércoles 13 de septiembre 10:00-14:00 -Jueves 14 de septiembre 12:00-16:00
Contexto	Hospital Reunión XXXXXX XXXXXX PROSAM
CÓDIGO	OE
Descripción de escenarios y actividades	
<p>La presente actividad es la semana entre el lunes 11 al viernes 15 de septiembre y se enmarca dentro del proceso de observación de distintas instancias al interior del hospital, dentro de dichas actividades se encuentran la presentación con el XXXXXXXX y XXXXXXXX también se registran observación en distintos horarios en el sector de recepción del hospital o sector central y salas de espera.</p>	
Registro de las propias observaciones y acciones	
<p>Martes 12 de septiembre reunión XXXXXXXX Observaciones sala de espera del hospital</p> <p>Inicio a las 10:04 de la mañana, me dispongo a registrar primeros momentos en el sector de ingreso del hospital mesón central, salud XXXXXX quien amablemente responde mi saludo, me ubico frente al mesón de recepción central, mano derecha estación de vigilancia al costado de los ascensores en la que se encuentra un guardia dando orientaciones.</p> <p>Desde el lugar en donde me encuentro se aprecia una fila de 4 personas las que se encuentran retirando medicamento en una ventanilla habilitada para dicho fin (farmacia) en donde un funcionario atiende al público. En la medida que avanza la mañana la fila de la farmacia aumenta a seis personas. En el mesón central una funcionaria dispuesta a la atención de público, solo una o dos personas solicitando orientación bajo flujo en general, de uno a tres personas se pasean por el lugar central en el pasillo derecho al costado de los ascensores transitan dos personas que se dirigen a la puerta principal otras se dirigen al ala sur del hospital. Comienza a aumentar el flujo de pacientes acercándose las 10:15 hrs, un señor se pasea con un bebe en brazos por el pasillo, las ventanillas para solicitar horas dispuestas frente el mesón central solo se puede ver algunas personas ateniéndose. La mayoría de las personas que transitan por el sector central son de características urbanas. El ingreso de personas por la puerta principal que es amplia y de vidrio es lento se observan dos a tres personas espaciadamente,</p>	

dichas personas que ingresan en ese momento se dirigen a la farmacia que se encuentra en el sector que me encuentro. Pasa una madre con su hijo vestido de huaso, ya que me encuentro pronto a la celebración del 18 de septiembre.

A la mano derecha que me encuentro luego de la estación en que se encuentra el guardia atendiendo público, está la oficina de informaciones, reclamos, sugerencias y felicitaciones la OIRS. Solo se observa una persona y un funcionario atendiendo a dicha persona.

La profesional XXXXX me informa vía WhatsApp que se encuentra en asamblea de funcionarios ya que se encuentran definiendo si hacen un paro o no, por dificultades del programa de salud mental, no da más detalles.

Mientras avanza la mañana a la espero la reunión con XXXXXX, la farmacia aumenta a 9 personas, muy sonrientes en la fila, relajadas y buena actitud en general, a la espera de sus medicamentos.

Ingresa la policía de investigaciones mientras espero en la recepción, dos funcionarios se dirigen al mesón del guardia que se encuentra al ingreso de los ascensores. Le llame la atención a uno de ellos por encontrarme registrando, quien me queda mirando con cara de pregunta o interrogación, luego de unos minutos vuelve a conversación con el guardia quien los orienta.

Aumenta el flujo de personas que transitan por el pasillo hacia los extremos del hospital, varios son adultos mayores y otros con vestimenta y rasgos Mapuche. Mientras ocurre eso los policías se dirigen al ascensor, acompañados del guardia (10:24 hrs).

Al mirar el sector de la farmacia, se observa que la fila avanza muy lentamente y pasan funcionarios con aspecto Mapuche, reconozco a uno de los facilitadores interculturales, vociferando “no nos moverán”.

Pasan 10 personas que vienen del ala norte del hospital quienes se retiran del hospital por la puerta principal de vidrio, y otros se ubican en el sector central a la espera y a conversar. Continúa el ingreso de personas 2 personas ingresan, transitan 2 y 3 personas por el espacio central frente al mesón de atención de público. Dos damas de rojo bajan del ascensor y se dirigen al ala norte del hospital por el pasillo. Un guardia del mesón central indica a una persona que debe timbrar un documento en urgencia, me dirijo al baño.

Martes doce de septiembre son las once y veintidós y me acabo de desocupar de una reunión con XXXXXX, quien XXXXXXXX, el cual se muestra como una actitud muy colaboradora compromete la posibilidad de que luego cuente con una credencial para poder acceder a las distintas dependencias del establecimiento, le explico sobre los temas de seguridad en el hospital y las restricciones, no da mucha importancia. Se compromete promover la posibilidad de agilizar un poco todo lo que tiene que ver con la gestión de pacientes para la investigación y todo el escenario de la investigación, paralelamente a esto él se encuentra gestionando lo que tiene que ver con el paro Cosam y algunos funcionarios gremialistas, producto de la contrata del refuerzo a honorarios que se realizó por el COVID, por el fortalecimiento, se contrató mayor cantidad de funcionarios, al parecer las condiciones laborales son frágiles y se acaban los fondos pronto por tanto no puede continuar su contratación, al parecer él se encuentra mediando dicha situación con los gremios y las personas que fueron contratadas, bueno él se encuentra en eso y lo que refiere es que un grupo de funcionarios se han

tomado el piso dos del hospital ya que se encuentran en paro y no pueden ingresar. Le comento que yo aún estoy XXXXXXXX que están en asamblea estoy como desde las ocho y media de la mañana y ella me refiere que siguen en la asamblea me he dispuesto en distintos lugares del hospital a observar lo que está ocurriendo. Me despido del subdirector médico y me dirijo a observar distintos puntos del hospital.

Todo se muestra tranquilo, todo se muestra en orden, el flujo de pacientes bastante bajo, a veces se generan pequeñas aglomeraciones como de doce quince personas, pero son las menos y me doy cuenta que es súper necesario tener una credencial que me permite el acceso me doy cuenta porque cuando me dirigía a observar la urgencia del hospital un guardia se me venía acercando a preguntarme bueno también el acceso a la oficina XXXXXX también fui intersectado por dos guardias a los cuales tuve que explicar a ambos el motivo de la reunión para conocerlo, para coordinar el tema de la investigación.

Otra cosa que ocurre en la XXXXXX y que olvidé relatar anteriormente, es que en esos momentos XXXXXX para resolver el tema de infraestructura del COSAM y al parecer las personas van a desarrollar teletrabajo y en una semana esto se debiera resolver el tema de la infraestructura. El apoyará con las gestiones para poder seguir avanzando en mejorar la infraestructura del COSAM.

Dentro de la conversación que es tuvo con XXXXXX es que el día anterior o al parecer el fin de semana habían traído a un paciente con una herida de bala y entonces los acompañantes estaban en el estado de ebriedad y comenzaron a romper los vidrios de la sala de espera en el sector de la urgencia, por eso que él explica que a lo mejor el que yo me acercara generó tanta tensión o tanta activación de los guardias eso es como súper importante habitualmente dice que no ocurren estas cosas acá que no había ocurrido pero que claro que han tenido que reforzar el tema de la seguridad porque pasan éste tipo de situaciones.

Martes doce de septiembre, luego de la reunión XXXXX y de expresarme su voluntad, de participar en toda la acción y colaborar, XXXXXX en qué minuto me va a recibir eso aproximadamente cerca del mediodía once cuarenta y cuatro XXXXX está el paro y que se supone que a las doce podrá salir al auditorio para reunirse en el frontis en la protesta.

Me retiro del hospital a las 13:00 hrs

Miércoles 13 de septiembre

XXXX con actitud amable, XXXXX además logro reunirme con la profesional para acceder a Rayen y poder revidar las fichas de los pacientes y la evolución de atenciones en salud mental, dichas entrevistas son programada desde el día jueves 14 de septiembre en adelante.

Esta instancia resulta ser la primera que nos reunimos a solas, me cuenta un poco sobre el funcionamiento de programa (luego se profundiza en un reunión exclusiva del tema), el funcionamiento de los sectores y me refiere que existe poca actividad de grupos y que es el sector azul quien desarrolla operativos médico profesional sobre todo porque cuentan con la mayor cantidad de población rural, y me menciona que existe un área de participación social que trabaja con las organizaciones sociales, pero principalmente urbanas la XXXXX y al acercarme a ella me refiere que no trabaja mucho con organizaciones Mapuche

así que no me puede ayudar.

Me menciona sobre la discriminación que existe para con las personas Mapuche y que ella como se encuentra en la unidad de sensibilización, desarrolla actividades para trabajar el estigma y sobre todo para sensibilizar a los funcionarios, ya que si bien inicialmente se muestran como personas abiertas al tema Mapuche en un inicio, luego comienzan con actitudes de discriminación. Refiere que los temas que han incentivado una actitud discriminadora para con el pueblo Mapuche son los atentados a los caminos, las quemas y distintos atentados a particulares, lo que hace que la gente de Cañete no quiera saber nada con el tema Mapuche, y el tema de la resistencia no es el único, señala también que están las noticias de los montajes, o cosas asociadas y otros que no son montaje.

A propósito de la conversación de los operativos que realiza el sector azul nos dirigimos a conversar XXXXX, XXXXX sector la cual nos entrecruzamos en el pasillo, ella la presenta y explica el contexto en que necesitamos de su colaboración a lo cual accede y me orienta que el operativo se desarrollará en el mes de octubre y serán dos, va la totalidad de su sector y dicha actividad se coordina con la comunidad y sus dirigentes. Comenta que el mes pasado, refiriéndose a agosto, fue bastante positivo y participó gran parte de la comunidad o el sector. Nos despedimos para avanzar con la revisión de las fichas en Rayen y programar las primeras entrevistas el siguiente día. Finalizo a la hora de almuerzo 14:00 hrs

Jueves 14 de septiembre 2023

Jueves catorce de septiembre, lo que puedo rescatar después de la entrevista como al mediodía llegando al hospital, coordino XXXX para poder buscar un espacio para resguardarme de la lluvia y cambiarme ropa y coordinar el tema de la siguiente entrevista y en ese contexto delega dicha actividad, a la profesional XXXXXX, que es una profesional XXXXXX y que está de reemplazo, porque al parecer lo que me cuenta XXXXX es que el resto de los profesionales se encuentran en una actividad de autocuidado, una capacitación o un autocuidado en la cual ellos no pueden participar porque como no son un funcionario estable o permanente, solamente son reemplazo, ese tipo de actividades es asignada a ese tipo de persona, así que ella me orienta, me brinda un espacio, hay un rato y posteriormente me presenta XXXXX en la cual cuenta que lleva una semana, me cuenta también la misma situación de los reemplazos y que no pueden participar y que al aparecer todos los reemplazos, que son varios, productos de licencia, distinto funcionario, del PROSAM no pueden funcionar entonces claro, ellos se quedan acá en ese minuto no tiene muchas atenciones son pocas las atenciones más XXXXXX tienen la tarde un par de pacientes, y posteriormente tiene que subir al área medicina y XXXXX no cuenta con pacientes, así que ocupo el espacio y bueno me acomodo para poder ir a terreno a continuar con las entrevistas.

Al llegar al lugar, después posteriormente de coordinar con la paciente, la persona no estaba en su domicilio, tampoco me contesta el teléfono y al parecer lo que ocurre es que ella se ha negado sin decírmelo previamente. Eso llama la atención estas diferencias que existen entre los funcionarios a contrata o planta y los funcionarios que son de reemplazo. Un poco también me lo había comentado

XXXXX que ellos han tenido que desarrollar dos tipos de capacitaciones, una que es como programada y otra que es para todo funcionario varios, principalmente por esa diferencia, porque existe un tema administrativo en la cual no se incorpora al resto de los funcionarios. Eso porque parece que claro ese tipo de actividad no es reconocido para la carrera funcionaria.

Vuelvo al hospital para retirar las cosas cerca de las 16:00 hrs

Especificaciones Notas de Campo

Datos de identificación

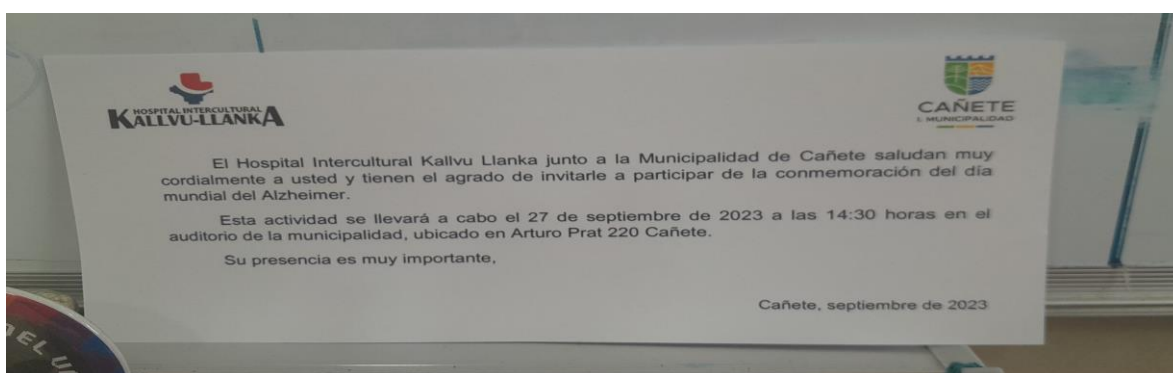
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	27 de septiembre 2023
Hora de inicio	14:35 pm
Hora de término	17:00 pm
Tiempo observado	2: 25 hrs
Número de personas	70 personas
Ubicación geográfica	Salón Ilustre Municipalidad de Cañete
contexto	Actividad de promoción día mundial del Alzheimer – Programa GES de Alzheimer y otras demencias, organizado por equipo de neurorehabilitación PROSAM
CÓDIGO	OAP

Descripción de escenarios y actividades

La actividad se desarrolla en el contexto del día mundial del Alzheimer y es desarrollado por el equipo de neurorehabilitación. La presente actividad ha sido coordinada entre el hospital Kallvu Llanka y la Ilustre Municipalidad de Cañete.

Croquis – fotografía del lugar





Registro de las propias observaciones y acciones

La actividad es convocada en la Ilustre Municipalidad de Cañete en un amplio salón y se encuentra organizada por el Hospital Kallvu Llanca, la presente a reunido a un gran número de personas, representantes de organizaciones sociales, dirigentes, el director del hospital, funcionarios del hospital los departamentos de comunicación de ambas instituciones, representantes del municipio ente otros, se observan bastantes adultos mayores, siendo un total de

setenta personas.

Inicia con un video promocional del Ministerio de Salud en que participa la actriz Paulina Urrutia, la temática del video es su testimonio sobre su relación de cuidado frente la enfermedad de su marido Augusto Góngora. El video orienta sobre la importancia de la familia y la atención integral de los equipos de salud, en el contexto del día internacional del Alzheimer.

Se observa que han ingresado bastantes funcionarios del Hospital Kallvu Llanka.

Inicia con saludos en representación del Alcalde del señor XXXXXXX, luego entrega sus saludos y agradecimientos por la participación el Director del Hospital el señor XXXXXXX, agradece a los colaboradores del hospital y funcionarios.

Luego de los saludos de las autoridades, se inicia con un baile de cueca desarrollado por unos adultos mayores, al finalizar el primer pie de cueca la gente aplaude, luego un segundo pie de cueca. Se observa un público muy animado y que permanentemente aplaude siguiendo el ritmo de la cueca.

Continúa con el relato de experiencias de personas que han vivido el Alzheimer en el contexto de sus familias. Dentro de los testimonios que resultan ser bastante emotivos y captan la atención del público está el relato de un señor que habría cuidado a su padre y va relatando como gracias al apoyo del hospital y sus profesionales pudo apoyar a su padre. Refiere que dicha experiencia fue un cambio radical en su vida y resalta el vuelco completo de su vida hacia la salud de su padre. Finaliza diciendo que su padre ha fallecido hace un mes y dicho padecimiento lo acompañó 9 años. Una historia emotiva y triste que genera en la audiencia un silencio y una atención permanente por el relato.

Explica algunas características de la enfermedad como por ejemplo que las personas pierden la memoria a corto plazo y no de largo plazo. Se observa una persona muy didáctica en explicar su experiencia y constantemente recomienda que todas las acciones deban ser desde el amor en relación al cuidado del familiar, destaca que su misión es entregar su aprendizaje.

En su relato da las gracias al Hospital Kallvu Llanka por los gestos del mismo, refiere que se sintió tan bien en la atención que lo comparó a atenderse mejor que en una clínica privada, y si bien como familia apoyaron todo el proceso no hubiera sido lo mismo sin el apoyo del hospital.

Explica desde su experiencia que muchas veces las familias llegan con prepotencia asociado a la experiencia de sufrimiento y no nos damos cuenta de la ayuda. Agradece al director del hospital.

Otro relato un adulto mayor el señor XXXXX, habla de la enfermedad, que es una persona de 82 años de edad y que en su experiencia tiene 2 hermanos que han padecido Alzheimer. Agradece al centro del adulto mayor, y refiere que luego de conocerlos fue lo más valioso, y junto a su presidente han podido ayudarlo en todo lo necesario y valora la interacción que hay tenido con él y su familia. “Le vamos a ganar a ese infame que no dice y no habla”. Llama a luchar y que le vamos a ganar, que no hay arreglo para ello pero los que estamos acá podemos luchar.

Refiere que él fue a la oficina del adulto mayor a solicitar ayuda y los psicólogos conversaron con él, no podía creer que dos profesionales estuvieran en su casa. Agradece por eso, por su apoyo. Las personas aplauden y la persona se muestra muy emocionada por las muestras de cariño del auditorio.

Moderadora agradece sus palabras y llama a mantenerse con sus seres queridos.

El director del hospital hace entrega de un presente y un diploma a ambos testimonios.

Llama la atención lo formal y protocolar de la actividad, es una ceremonia muy solemne con una estricta pauta protocolar. Los maestros de ceremonia son el psicólogo de la unidad de neurorehabilitación y la encargada del área de comunicaciones del hospital.

Posteriormente se presenta un grupo folclórico, la gente acompaña con las palmas y un pie de cueca, las personas aplauden al finalizar.

La moderadora invita a agradecimientos y a la entrega de nuevos reconocimientos, de un último testimonio.

15:17 – Inicia el equipo de neurorehabilitación del Hospital Kallvu Llanka, presentado por la moderadora.

Se prepara el escenario, comienza el equipo a instalar en el escenario una camilla, algunas sillas y una mesa. Son cuatro o cinco profesionales que apoyan en la preparación del escenario. Comienza el desarrollo de distintas representaciones.

El modelador de profesión psicólogo invita a conocer distintas situaciones de manejo errado frecuentes en la población, y posteriormente se presentan los manejos que son más adecuados.

Una primera situación es una persona adulta con demencia que se encuentra en su cama y se dispone a dormir, sin embargo despierta en la noche y comienza a gritar, a lo que la asiste la cuidadora que es su hija y de forma bastante brusca la amenaza, grita e intenta callar, finalmente la termina amarrando al respaldo de su cama. El público mira con cara de sorpresa la escena y se muestran bastante involucrados en la representación realizada por una actriz y un miembro del equipo.

Posteriormente, se vuelve a representar la misma escena pero muestra un manejo adecuado, Madre descompensada gritando y asustada, la hija se dirige hacia la persona con demencia en una actitud contenedora, le pide que la mire a sus ojos y que la reconozca como su hija, comienza a señalarle que mire el lugar, la levanta para que se ubique espacialmente, resultando una escena bastante acogedora y con un desenlace respetuoso del manejo a una persona con demencia.

El moderador invita a reflexionar y considerar ser apoyador con los cuidadores, el público presente comienza a opinar sobre lo estresante de la escena y empatizan bastante con la persona que padece la enfermedad.

Las personas hablan de estrés acumulado del cuidador. El moderador refiere que la situación representada es real.

El moderador luego de exponer ambas escenas, conversar de las diferencias, introduce elementos conceptuales, señala los síntomas y signos del Alzheimer, habla sobre la disminución de la sintomatología tras el buen manejo, incorpora bastante lenguaje técnico, habla de los desafíos del programa y la comunidad, de la importancia de la colaboración.

La segunda representación tiene relación al manejo del dinero. Las mismas protagonistas anteriores en una primera escena hablan sobre el pago de la pensión y la persona con Alzheimer exige querer ella ir a buscar el dinero al banco para poder administrarlo. Trata de ladrona a su hija porque la ha privado de participar en retirar su dinero. Frente al mal manejo anterior que la madre ha dado a su dinero, la hija decide privarla del todo de su pensión, comienza a tratarla mal a su

madre, le impide ir a que retirar su dinero y finalmente no permite que lo administre. Esta escena corresponde al manejo errado con la persona que padece Alzheimer.

En un manejo adecuado, ante la misma situación la hija acompaña a la madre a retirar el dinero, al regresar premia a la madre invitándole un helado por lo adecuada que se mostró en la salida, y finalmente, le permite administrar parte del dinero y explicando los distintos usos que tendrá ese dinero en la economía del hogar entre eso encontramos la compra de medicamentos, alimentos, y distintas cosas que van en su beneficio, finalmente la madre se queda con un porcentaje del dinero el cual refiere que lo utilizará para comprar algunos regalos a sus nietos o pasarle dinero a su familia directamente, hijos y sobrinos.

El moderador orienta al público sobre escenarios preventivos de sus derechos fundamentales.

Una tercera representación, la persona con Alzheimer no quiere comer, señala que la comida no se puede comer, que está de mal sabor, o está caliente o no se muestra interesada, la cuidadora explota, grita, obliga a comer a la fuerza a su madre y finalmente, la deja sola y la castiga haciéndola sentir culpable por el tiempo invertido, todo ante gritos y malos tratos. La forma errada de actuar.

En la escena de manejo adecuado, ante la negativa de comer de la madre, la hija se muestra persuasiva, valora distintas cosas de la madre, sobre todo la forma de cocinar que tiene y el gran esfuerzo que la hija hace por alcanzar su forma de cocinar, además es paciente, intenta llegar a algunos acuerdos y negocia para que la madre de a poco avance en objetivo de comer, si bien no se come toda la comida, si un porcentaje importante y la hija considera refuerzos positivos, buenas palabras y un buen trato.

El moderador que ahora es de profesión fonoaudiólogo incentiva la participación del público sobre el proceso de alimentación, orienta técnicamente.

El representante del alcalde pide la palabra y felicita al equipo y participantes por el dialogo y resalta lo difícil del manejo, refiere que se ha sentido representado al igual que el público que se muestra activo, atento y participativo en cada representación.

Representación número cuatro, se suma un tercer personaje, a escena se sitúa en el comedor y mientras la hija y la madre se encuentran conversando, llega una visita, un sobrino del sur. En la escena ambos primos comienzan a hablar y dejan de lado a la persona con Alzheimer, la hija no colabora en incluirla, le pasa un libro y un tejido para que no moleste y no interfiera en la conversación con el primo. En dicha escena la persona con Alzheimer utiliza audífonos y la hija no se los pasa.

En la escena de manejo adecuado, la hija explica a su primo de la dificultad de la madre, va a buscar los audífonos y hace todo lo necesario para incluir a la madre en la conversación, respeta sus tiempos y se da el tiempo para explicar a la madre quien es la persona que se encuentra con ellos y promueve el dialogo, le pregunta su opinión entre otros.

El moderador pone énfasis en los trastornos de la comunicación y el lenguaje, el aislamiento que sufren éstas personas y lo importante del audífono para integrarla socialmente.

En el contexto de la actividad gran parte de los participantes presentan características urbanas, en su forma de vestir y apariencia.

El moderador promueve la participación y que las personas opinen respeto de las estrategias. Los participantes opinan sobre el cuidador y su cambio de actitud. Moderador felicita y agradece la presentación.

Un familiar de una persona con Alzheimer que ha fallecido, levanta la mano para decir algunas palabras, resalta los valores y el respeto, mientras llora y se emociona frente al público. Habla del respeto que ha mostrado su familia y las enseñanzas que ha recibido.

Nuevamente se invita a relatar su experiencia en el espacio que han denominado “presentación memorias Alzheimer”. La persona usuaria del programa relata que se siente identificada con las actuaciones, y expresa que le ocurre lo mismo que a los actores. Señala que la experiencia es muy difícil, y que se debe dedicar mucho amor. Orienta al público presente.

Otra persona cuenta su experiencia de su madre y de su padre, refiere que es la herencia genética y lo complejo de la enfermedad. Señala que su madre es depresiva. Su voz denota tristeza y dolor. Relata el proceso de atención de su madre en cuatro momentos en Concepción. Describe como la madre le dificultaba hasta su propia casa, se olvidaba de todo, se encontraba en etapa 1. Y como es hija única ha tenido que lidiar ella sola con esto. En algunos momentos recuerda que la madre se pone violenta, y la familia muy afectada de la situación, la familia muy apenada de la situación de la madre, una actitud depresiva y que fueron 10 años de enfermedad de la mente.

Refiere que su duelo de asumir perder a alguien cercano fue hace 4 años recibiendo ayuda. Y refiere que es una enfermedad del amor. Expresa que es bueno expresar el cariño porque luego no lo recupera. Cuenta que en la actualidad está recibiendo ayuda psicológica por que la necesita y se siente comprendida, que no muchas personas le van a entender. “Hay muchas cosas que se necesitan, abrir más plazas, espacios”.

Finaliza la actividad con un pie de cueca y una persona acompañan con música folclórica.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	28 de septiembre
Hora de inicio	08:30 hrs.
Hora de término	11:00 hrs.
Tiempo observado	2:30 hrs.
Número de personas	5 personas
Ubicación geográfica	Hospital Kallvu Llanka
Contexto	Reunión coordinación equipo PROSAM por estamento
CÓDIGO	OE
Descripción de escenarios y actividades	
Actividad de coordinación PROSAM, se reúne el estamento a planificar	

actividades y desarrollar estrategias que permitan resolver actividades con el intersector, atenciones, trabajo con comunidades educativas entre otras.

Registro de las propias observaciones y acciones

Reunión coordinación equipo 28 de septiembre 2023

Veintiocho de septiembre del dos mil veintitrés durante el día que inicia alrededor de las ocho y media de la mañana durante la mañana me dispuse a observar un poco lo que ocurre con el programa de salud mental en el contexto de una reunión y lo que se observa es distintas coordinaciones, relacionado principalmente con la población urbana, adolescente, los grupos de participación, pero iniciando la mañana evaluando primero como había resultado la jornada de promoción del programa de Alzheimer que se realizó en dependencias de la Municipalidad de Cañete y donde participaron distintas organizaciones sociales, autoridades y funcionarios del hospital y la Municipalidad, el programa de Demencia y Alzheimer, que es financiado por ser GES, ha presentado muy buena evaluación por parte de la comunidad y se realiza una positiva evaluación, a propósito de la convocatoria, a propósito de la metodología utilizada, el colega que dirige, que trabaja en NeuroRehabilitación explica inicialmente cual fue el contexto del desarrollo de esta actividad y por qué la Municipalidad en conjunto con un representante de la alcaldía, y su equipo de comunicación y paralelamente del director del hospital y su equipo de comunicaciones participan de dicha actividad, la idea era convocar a distintas organizaciones sociales y personas representativas que habitualmente suelen ser personas activas adultos mayores que son parte un poco del mundo más político y social y de organizaciones de participación de la comuna de Cañete, en dicho escenario el describe que la actividad fue inicialmente como un sentido más práctico sin embargo, este tenor político surge a propósito de la orientación del hospital, del director del hospital y del Municipio, ahora ellos esperaban que estuviera el alcalde porque sienten que es distinto y ahí se pueden acceder a mayores cosas sin embargo un representante el alcalde, quien lidera en ese momento de la ceremonia.

Posteriormente se pasan a revisar actividades preventivas, actividades más comunitarias con la población, temas con adultos mayores, promotores de salud en los colegios principalmente, jóvenes líderes, algunos hitos que están retomando, lo que explican es que al parecer producto del tema de la pandemia ciertas actividades se han estado dejando de hacer y están demasiado demandado de la atención más individual de Box entonces el equipo refiere que le agrada la actividad comunitaria, que le agrada que es como una forma también de autocuidado de no estar todo el tiempo en el hospital y que en realidad hay un escenario propicio para poder retomar este sistema de atención.

La XXXXXX está con sus primera vacaciones de la vida (risas), revisando el celular refiere, tengo problemas de sonido, no sé qué le hice, pero la niña de blanco representa mejor el paso. Comentan un nuevo tipo de baile de adolescentes en las fiestas y una de las psicólogas refiere que son los pasos plumas el nombre que reciben la forma de bailar varios comenta por que la temática que se encuentran abordando dice relación con la etapa adolescente. Una línea nuestra es como preguntar, sobre el autocuidado y pensarnos como un

trabajo cooperativo, colaborador, colaborativo, pero lo que no más del todo lo más potente, todo lo que sea "salud mental", le caiga no solo porque somos esto, somos muy poquitos (refiriéndose al equipo PROSAM), me ha estado súper flaco, me están con problemas más hevy que nosotros (refiriéndose al COSAM), entonces, somos esto no más hay que ser realista y contarles la realidad, estamos con problemas de horas médicas, si bien este año como muchos años atrás no tenemos una dotación grande de médicos, hay veinticuatro médicos, pero hay semanas que no tenemos poli o un bloque de salud mental de médico, no para niños no para adultos.

Entonces estamos en una realidad crítica, donde lamentablemente el paciente llega a la urgencia y de ahí la hospitalización, y eso igual no es tan bueno, entonces todas las redes tienen que tratar de estar como alineadas con nosotros, pero siempre que podamos devolvamos la pelota, cuando vamos a un liceo y que están haciendo como los ayudamos para que ustedes lo hagan, creo que es siempre importante siempre en la vida. El primer semestre había bajado todo, atención por fichas clap, talleres, de ahí el colegio decidió no hacerlas mientras pasaba el boche de la noticia y de este segundo semestre era un poco como veamos en que están los apoderados porque tuvieron reuniones del centro general de padres y con los directivos y acordaron que en todos los talleres iban a haber apoderados, es un acuerdo de colegio, (otra psicóloga del equipo refiere) no estoy de acuerdo porque si coarta la conversación, e tema es que a la Ale le toco el primer taller, el martes con seis apoderadas (todos muy sorprendidos por dichos acuerdos, risas) un curso con profes, 35 alumnos y apoderados, más encima que es básica, seis apoderadas y tres profes. Entonces la ale iba con una disposición, entonces no se las sacai o que sean parte pero con ciertas condiciones, que no cortes las preguntas, que no pongan caras, que no se rían. Un tema, un tema que me dijo que ellas tenían una impresión que son talleres que pervierten a las niñas, no querían nada de métodos anticonceptivos, nada de órganos reproductores sexuales, y lo que surgiera de las niñas (refiriéndose a lo que esperaban los apoderados) porque si la niña preguntan usted le responde, pero usted no parta el tema. Entonces cualquier taller, identidad de género, sexualidad en el concepto más amplio, obvio que las niñas van a preguntar cosas.

Entonces, finalmente la XXXXX termina el taller y dice Ya, este fue una parte del taller, porque yo les di la definición de sexualidad que tengo, pero hay una parte que yo no toque porque igual la XXXXXX le dijo, que no era su especialidad digamos pero que podía venir la matrona y la pregunta es si ustedes quieren ese taller y todas dijeron siiiiiiii, (enfáticamente, risas) ya voy a dejar en un buzón, para que dejen preguntas relacionadas con ese tema, que la matrona las consideren cuando venga, el tema es que as que dejaron preguntas fueron as profes, las apoderadas (risas), entonces las psicólogas acordaron hacer un taller exclusivo para las mamás, estaban súper motivadas, les gustó, valoraron que no iba a ser con las niñitas el taller. Validación por la edad y experiencia de la profesional y que fuera madre también. El psicólogo que es XXXXX (del colegio) les refirió que estaban necesitando más talleres porque esos tres profes eran de las apoderadas de esos cursos y convocaron solo a las niñas de PIE. Las madre igual las iban a supervisar refieren las psicólogas, aprobada por esta comisión de

adultos al taller y con matrona y ahí fue bien podemos entrar de nuevo. Recomiendan poner un buzón para hacer preguntas anónimas y poder responder ampliamente. Comentan varias anécdotas relacionadas a hablar de sexualidad entre los padres e hijos, sobre todo porque la comunicación es muy superficial, sin embargo lo consideran que la comunicación es amplia. XXXXXX refiere en el relato que en particular mujeres adultas tiene una importante necesidad de hablar de sexualidad, de sus partes genitales, que no se les mira etc.

XXXXXX sugiere que destinen horarios de promoción, la intención es salir de los box y en el contexto del trabajo comunitario no es saludable estar mucho tiempo en los box.

Se toca el tema de la prevención del suicidio, dentro de la conversación se explora el escenario de coordinación con el colegio, identificación de casos y las estrategias en conjunto, el rol de los promotores de salud para hacer contención. Dentro del trabajo con el liceo politécnico los profesores han expresado su preocupación por los cortes de los alumnos, y han solicitado ayuda al hospital al Prosam.

Sobre el trabajo con colegios y las dificultades de oferta versus la demanda.

Otro tema que habla el grupo son las nuevas identidades y la demonización en el tema de género y la identidad por parte de los padres. Refieren que los colegios hacen grandes esfuerzos por no enjuiciar, les cuesta. Es un tema que falta armar más todavía. Tenía su conversa interna pero de puesta, de hecho dicen, todavía nos cuesta, nosotros hacemos grandes esfuerzo por no enjuiciar, por no equivocarnos algunos, pero igual andamos como pisando el huevo porque nos cuesta.

Llegó el programa PAI (programa ambulatorio básico de alcohol y drogas), lo conocen. Al menos llegó el psicólogo, falta el trabajo al social, falta dónde trabajar, falta todo. (Risas).

Pero lo importante que está disponible para empezar a hacer talleres, y reforzar y acoger algunas familias, XXXXXX relata un caso como ejemplo, del sector azul, que ella era chico, y era chica, y su mamá, daba bastante apoyo a la comunidad LGTB y ayer refiere que la madre le dice que es algo que a su hija se le iba a pasar. La madre realiza conductas poco apoyadores refiere la profesional como comprarles cosas femeninas y él no las usa, la madre piensa que se le va a pasar.

Otro punto relevante es que se encuentra evaluando estrategias para la conformación de agrupación de familiares.

Otro tema vuelve a ser los casos de jóvenes trans y la perspectiva de género en el ámbito educacional y la recepción de los padres, las dificultades del nombre social, los profesionales establecen un dialogo y reflexiones sobre cómo abordar adecuadamente el tema. El tema es la diversidad de género y como el contexto genera una tensión al respecto.

Las profesionales concuerdan que hay familias que necesitan conformar una agrupación para conversar éstos temas, personas que se encuentren viviendo experiencias similares. Él tiene cambio de nombre social, toda una identidad nueva ha avanzado refiere la profesional en su autoafirmación. Él va al baño de hombre y cosas de ese estilo. Él ha estado avanzando en los temas más genéticos y la coordinadora refiere que casos como esos avanzados sería como

para agrupación de familiares, en el contexto que el PROSAM se encuentra intentando retomar el trabajo con agrupaciones. Exponen distintos casos asociados al tema de género.

El equipo ha identificado que en las fichas clínicas hay un error en el registro del nombre social porque se asocia a apodos y no al tema de género

Refiere que existe discriminación en los espacios hospitalarios, se habían dado cuenta en las capacitaciones en pediatría, señalando que no es normal el cambio de nombre, y que le daban mayor validación a los padre por sobre los usuarios. A propósito de lo mismo, proponen tratar el tema en el día de la salud mental, la circular 21 específico para temas de salud respecto de la identificación de las personas y poder promover el buen trato en niños, niñas y adolescentes. Ley de derechos y deberes del paciente, el rol de los médicos que son los más validados en la comunidad. Los derechos básicos respecto del acceso de información para los niños y la responsabilidad del adulto. Describen distintas situaciones de una actitud adulto céntricas de los padres y profesionales en distintas situaciones, no considerar el punto de vista de los niños y adolescente.

XXXXX refiere que para el día mundial de la salud mental un tema a desarrollar en término de promoción, el tema de género, la sexualidad y los derechos de niños niñas y adolescentes, enfoque de derecho. El buen trato frente a personas que padecen algún problema de salud mental.

Entre colegas se reflexiona sobre la mitificación de los diagnósticos y la utilización de los diagnósticos clínicos como fuente de diferenciación y referencia, se sugiere animar a la reflexión el día de la salud mental. ¿Por qué necesitas tener un diagnóstico?.

A la población le cuesta identificar cuando debe consultar, comienzan reflexiones para identificar fuentes de promoción. Acuerdan orientar a la población en identificar señales de problemas de salud mental oportunamente, consumo experimental, depresión entre otros cuadros clínicos.

Inician comentando una serie de casos con distintas experiencias adolescente, casos clínicos atendidos, en materias de ánimo, consumo problemático.

Refieren que están evaluando hacer murales, ir a la plaza y salir en la actividad de salud mental.

Un tema que surge es que hay paro y movilización en escalada. Dichos paros son producto de los cargos GES que no tienen continuidad para el próximo año. Preguntan por las consecuencias que tiene movilizarse, a los bandos medios la coordinadora por ejemplo menciona que la dirección le pregunta si los funcionarios están movilizados o trabajando, refiere que la dificultad es cuando los usuarios se molestan. 68 cargos que no continúan, van a quedar unidades sin funcionar y por tanto son los usuarios a quien le afecta, que sea en escalada el paro permite inicialmente difundir a la población lo que ocurre en el hospital refiere la coordinadora. Comenta anécdotas en su época de dirigente asociado a situaciones de violencia que ocurrieron. Están llamando al paro nacional.

XXXXXX refiere que el minsal les indico despidan al 60% de sus funcionarios contratados en escenario COVID al 30 de septiembre. Nosotros definimos que nuestro servicio se postergue un mes más. En otros servicios comienzan el próximo lunes por los despidos que inician éste viernes. Por eso nos vamos a movilizar igual, salud mental no tenemos contratadas horas con platas covid.

Comunidades grandes de profesionales contratados con recursos covid. El COSAM volvió a trabajar ayer y están trabajando mientras les buscan un lugar provisorio y mientras construyen un lugar. Están trabajando a pesar que se están haciendo las reparaciones.

Sobre el seminario de salud intercultural 25 y 26 de octubre en el museo, el foco puesto en los trabajadores en las prácticas en la pertinencia intercultural. Se repasan las prácticas dentro del hospital, las leyes, sobre la relación con los agentes tradicionales. Es todo el día. Al fin se terminó el protocolo de salud mental intercultural, se demoraron mucho tiempo los psiquiatras, del hospital de día, del cosam, de la UCEP corta estaba psiquiátrica, les costó ponerse de acuerdo, le pedimos ayuda a las enfermeras para que apoyaran.

Trabajos con jardines infantiles, de promoción dejan material, videos cartillas del chile crece entre otras actividades, la profesional psicóloga informa su relación con distintos programas que son bastantes que van apoyando en presentaciones de promoción. Jardines JUNJI e integra en materias de lactancia materna, apego, prevención de enfermedades respiratorias, las psicólogas apoyan dentro de la jornada que organizan los sectores. Distintas exposiciones y talleres proyectados para los siguientes meses. Refieren visitas agrupaciones en distintas materias.

XXXXXX a propósito del registro señala que el trabajo comunitario solo se registra si es que se hacen actividades amplias mil personas, para poder registrar la actividad, y cuando es un grupo pequeño se registra como educación grupal, porque en los grupos pequeños se ingresa el listado con los rut. La profundidad de la actividad es distinta y tiene más sesiones.

XXXXX al consultar por las coordinaciones con la DAS (departamento de salud municipal), refiere que los profesionales no llegan a las reuniones, no está bien esa relación y no se arregla. Sus coordinadores no nos resultan, son de las postas. Se intenta la coordinación.

Sobre el rol de los psicólogos en la adherencia de los pacientes en distintos programas, de cambio conductual, estrategias motivacionales, los requirieron apoyo principalmente los médicos por que los paciente no se toman los fármacos, los profesionales refieren que la estrategia que se utiliza es el reto, la descalificación o la llamada de atención. Sienten los médicos que educan pero las personas no corrigen, se están cuestionando sus prácticas, requieren que los apoyemos con estrategias comunicacionales a los profesionales y a los médicos. Como juego para poder educar sin juzgar. Están viendo que no están logrando las metas producto que el paciente no adhiere.

En promoción estamos bastante bien donde el trabajo comunitarios está a punto de caerse todo el rato, debido a que cada vez que hay problemas nos llaman a trabajar en box y si hay colegas con licencia , nos llaman a atender en box.

Conversación sobre los remplazos y que una de las paramédicos se está terminando el dinero para contratarla y es fundamental en los rescates el profesional en el PROSAM.

Dentro de dicho contexto y en el escenario que será el día de la salud mental se han planteado como tema promoción en identidad de género y temas de salud mental. Identificación de pronombre masculino. Durante la reunión se da bastante risa y una lluvia de ideas mientras se acuerdan distintas estrategias con la

población adolescente urbana.

Un punto es sobre las visitas a medicina y que no se consideran los temas adolescentes.

Para el día de la salud mental se plantean elementos relacionados a los derechos humanos y la salud mental, identidad de género, consumo problemático versus experimental. Surgen varias ideas para la organización del día de la salud mental que es el 10 de octubre.

En la presente reunión también se plantea el tema del seminario de salud intercultural que es el 25 y 26 de octubre. Dicha actividad se realizará en el museo Mapuche de Cañete, refieren que se presentaran los protocolos de salud intercultural.

Se revisa sobre lo del sistema de registros y temas más bien administrativos y los tiempos que son escasos para dicha tarea.

Finalmente, se expone de lo imposible que es cumplir con la lista de espera en salud mental.

Este equipo trabaja más bien en Cañete urbano y la reunión se da principalmente con el estamento de psicólogos, que en este minuto son bastante menos porque varias están con licencia. Al parecer son seis psicólogos y en esa instancia habrían alrededor de tres o cuatro. Bueno, posteriormente se realiza una entrevista con la coordinadora del programa, y me explica cómo funciona el programa un poco de historia, todo muy cordial, ya está muy llana, estuvimos todo el día ahí conversando sobre el programa en la cual ya comienza a relatar cuáles son las cosas positivas las cosas negativas un poco el trabajo con las comunidades y me refiere que efectivamente el sector azul es el sector que está mucho más vinculado con comunidades indígenas y con sectores más rurales, por eso me incentiva a presentarme a XXXXX que es la coordinadora de ese sector el sector azul y ella acepta por supuesto, hay una muy buena disposición, yo me sentí muy acogido por ella y posteriormente se programan, se quejan registros del teléfono y las fechas de la actividad es porque al parecer el veinticuatro -veinticinco se va a realizar una actividad colectiva y una ronda, una ronda masiva en la cual ellos el día veinticuatro -veinticinco inician muy temprano, toman desayuno, y posteriormente desarrollan toda una serie de prestaciones, atenciones participa toda la comunidad, van a ir al sector de Reputo y bueno desarrollan las atenciones dentales, las atenciones psicológicas, actividades de grupo, actividades individuales, controles, promoción y prevención. Esta estrategia la habían hecho un par de meses o un mes y resultó ser muy provechosa habitualmente la gente refiere que no puede ir al consultorio y lo coordinan con los dirigentes sociales, dirigentes de la comunidad en el sector.

Posteriormente almorzamos, seguimos conversando un poco de su historia, de la encargada en general en el hospital, como ha sido su tránsito por el programa y durante la tarde ella me orienta que me pueda reunir con el equipo del sector azul a lo cual me parece una buena instancia y en esa instancia puede observar que claro los temas de conversación del equipo azul tiene que ver prioritariamente con la toma de decisiones, con la definición de algunas acciones, con cosas que hacían antes y cosas que se hacían después, al parecer varias cosas que estaban relacionadas el tema del COVID se han ido desinstalando han perdido recursos humanos y lo que refieren es que existe dificultades para poder

y problemas de recursos para poder echar andar en todo el sistema de atención, como ellos son también una unidad que atiende personal del sector rural tiene dificultades con el tema de las horas porque en el minuto los médicos van cambiando las horas o no atienden y es difícil avisarle minutos antes al usuario que no asista porque ellos se trasladan en bus y comprar en un pasaje, se mueven en bus, a un micro y llegar al hospital y claro no tienen su atención y eso genera una gran dificultad.

Se observan varias dificultades que tiene que ver con el tema de coordinación por sector, refiere que el equipo de cardiovascular ha solicitado actividades de apoyo, evaluación de personas descompensadas, al parecer el enfermero que lidera ha tenido varias dificultades para poder incidir que se realicen los procedimientos y las actividades que corresponden, el tema en discusión es quien hace las actividades, la distribución de tareas, el enfermo evalúa la carga horaria, y sobre la gestión de distintas funciones asignadas por programa, , el rol del sector que se haga cargo, la discusión es quien se hace cargo del programa o por sector, se habla de las funciones y responsabilidades, la carga horaria resulta un problema y resulta complejo ponerse de acuerdo , dificultades para buscar las estrategias de atención por la alta demanda.

Les cuento de que se trata la investigación, ellos acceden a que participe en la ronda médica y profesional, y me van contando detalladamente que además de esta actividad el director del hospital va a participar o al menos se va a sumar en algún minuto del día para compartir con la comunidad refiere XXXXX, bueno, va a participar no sé si uno los dos días y paralelamente coincide también con el tema del día de la salud mental tal vez él va a estar también en esa jornada de salud intercultural, salud mental y creo que lo probable es que él va esa semana que va a ser al final es de octubre una buena semana para poder como desplegarme para poder evaluar estas actividades de promoción de prevención. Me informan los profesionales que XXXXXX, está a cargo del tema psicológico y desarrolla talleres y el trabajo con las comunidades, muy buena disposición y humor de parte del equipo, se termina el día a las cinco de la tarde y ha sido una excelente jornada en la cual estuve todo el día en el hospital, en el hospital había pocas atenciones, al parecer para los profesionales es el día destinado al tema de las reuniones y solamente algunas visitas domiciliarias de cosas puntuales, demandas de tribunales que son necesarias.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	28 de septiembre 2023
Hora de inicio	12:00 pm
Hora de término	13:15 pm
Tiempo observado	
Número de personas	1
Ubicación geográfica	Hospital
Circunstancias especiales	Reunión XXXXXX
CÓDIGO	OP1
Descripción de escenarios y actividades	
En el contexto de una reunión sobre el programa y contexto	
Registro de las propias observaciones y acciones	
<p>Pregunta: (Sí mira un poco la idea de ésta conversación es conocer un poco bueno tu rol acá como el programa de salud mental, pero también que tú me cuentes, yo también hice XXXXXX sería importante a propósito de lo que he estado observando, registrando, las entrevistas y todo, conocer un poco más de cómo funciona salud mental. Algo tú me hayas contado, me ha ido contando como de a poco, como en general con el modelo que trabaja, han me ha ido contando con los del tema de los sectores me gustaría un poco eso que me cuente primero como tu rol en el programa y los segundos es cómo el funcionamiento completo del programa un poco eso).</p> <p>Respuesta: Te voy a contar un poquito como de la historia. (Ah, también), si porque tu estas XXXXXX. (Risas).</p> <p>Pregunta: Cuéntame un poco ahí.</p> <p>Respuesta: En un rato éramos Hospital Kallvu Llanka, o sea no éramos hospital Kallvu Llanka, éramos el hospital de Cañete del centro y en ese tiempo las formas de fusionar eran por programas, tenemos los programas funcionando, y los programas asumíamos todo. Como programa de salud mental, en algún minuto se quedó como chico el hospital, porque empezó a crecer el programa, me acuerdo que todo lo que tenía que ver con el programa cardiovascular como que creció el equipo y tuvieron que finalmente el programa es el mental sale del hospital como primera etapa fue salir del hospital (y en qué año sale, porque yo me acuerdo cuando yo me fui de acá estaba todavía el programa ahí estaba dentro del hospital en el centro, bueno de hecho ahora vi la construcción y está así, ya no existe construcción estaba ahí cerca del Jota Ewerts) dos mil siete puede ser,(fue bastante más) dos mil seis. Por ahí sale a una casa afuera, porque en verdad el hospital se nos quedó, nos quedó chico, pero seguimos siendo un programa, y en ese programa atendíamos de todos los niveles de atención, tenemos pacientes esquizofrénicos como los trastorno adaptativo, y teníamos un equipo pequeño, me acuerdo que éramos dos psicólogos, tres psicólogos, inicialmente era uno solo, pero luego uno y medio de a poquito fue creciendo el panizo, el dos mil quince fue me acuerdo (porque yo me fue el dos mil cinco y yo estaba todavía ahí y todavía</p>	

no había, estaba yo nomás creo no había . . .) debe ser como dos mil seis o dos mil siete (parece que tú a veces venías o no sé si veían) XXXXX en ese tiempo (no yo creo que estaba solo acá). Y en cañete llegó XXXXX 2003 y estabas tú en la DAS o atendías en la DAS (claro XXXXX estaba acá y yo venía de la DAS y atendía acá) eso debe haber sido como el dos mil tres, como el dos mil cinco, yo XXXXX y ese año nos sacaron del hospital y nos arrendaron una casa afuera (y la XXXXX) con nosotros seguíamos juntas (allá perfecto) contenta XXXXX, yo siempre XXXXXXXX, yo tenía como XXXXXX, no completas, XXXXXX allá y la otra la hacía en la muni por un programa de depresión, programa de depresión que viene en ese tiempo del Ministerio. Bueno, el rollo que me vengo para acá, entonces ya éramos dos e hicimos una gestión para que se viniera una tercera psicóloga y éramos tres psicóloga, una trabajadora social y un médico y una tens, entonces estábamos fuera. En una casa que quedaba a una cuadra del hospital entonces ahí atendíamos de todo y bueno la casa como que se vió interesante y el servicio dijo yo y necesitamos espacio para el Prais. Llega por primera vez a Cañete el equipo Prais y el equipo Prais que en qué consistía una psicóloga, una trabajadora social y una secretaria. Así que empezamos a funcionar con un Prais en el mismo espacio.

De pronto ya empiezan las reformas de a poco, parece que hay que empezar a diferenciar los niveles de atención de la salud mental. Y lo primero que se luego ocurrió fue traer un equipo de hospital de día (risas), había una psicóloga, un trabajo social, dos tens, eso (y en el hospital de día en el mismo lugar. . .) y nos mandan en el mismo equipo acá, lo mismo que está pasando en el COSAM acá, por eso estaban colapsados, porque no hay donde tenerlos. Entonces llega el Prais y después llega el hospital de día y ahí estábamos pu, la gente no tenía mucho dónde estar, nuestros pacientes se reían de nosotros, ustedes como lo hacen, yo tenía, no sé pu, teníamos una sala de reuniones grandes, donde yo hacía talleres, no sé de adolescente de jóvenes. Y ahí eso empezó a ser la sala de reuniones del hospital de día. Otra oficina, tuvimos que dejarla para el equipo del Prais, que tenía que tener una privacidad especial o materiales especiales, entonces empezamos a diferenciar. Pero no era tan malo para nosotros, porque igual salíamos hartos en ese tiempo como equipo PROSAM éramos bien comunitarias. En ese tiempo nos llegó el terremoto estábamos en esa casa, cuando llegó el terremoto y seguíamos trabajando (el terremoto del dos mil diez) si el terremoto del dos mil diez, y seguíamos trabajando muy comunitario, en ese tiempo no teníamos móvil, en Cañete andábamos a pata, así muy rara vez había un móvil y si uno tenía que salir a sectores rurales, no íbamos. No podíamos ir porque no había móviles, a no ser que fuera un caso muy puntual. Casi como que el paciente llegaba como a la atención y nosotros salíamos pero donde podíamos en el sector urbano. En ese tiempo era así.

Y rara vez como te digo había que siempre que era no sé, una urgencia médica y salía un móvil cachai, (o sea no había un equipo de visita) no, no, no rara vez, en el fondo a veces podíamos pero caminando, por la propia o en general hacíamos taller en los liceo juntábamos, en vez de citar a los niños al box íbamos nosotros a atenderlos a los liceo, porque el espacio físico no daba. (Sí, sí).

Y después del terremoto vino en tema de la reforma del modelo de salud familiar y como eso fue cuando, como en el dos mil, poco después del terremoto, doce

puede haber sido (puede ser) no me acuerdo muy bien el año en este ratón y empezamos sufrir un poco porque decía no nos tenemos que dividir (te miro así porque tengo la impresión que acá llegó más tarde todo el tema de la reforma del modelo de salud familiar, en la zona más centro llegó antes). Y nos teníamos que dividir.

Ya pu y llega el modelo si no me acuerdo si es el dos mil doce y fue como una pequeña inyección de energía pero tal vez como de duelo porque los equipos estaban acostumbrados a sus equipos pero en el fondo nos tuvimos que dividir todos para trabajar otra forma que fue este hospital siempre fue mediana complejidad igual hacía un poquitito de todo, un poquitito de hospitalizado, un poquito, pero muy poquito. Teníamos uno, que otro especialista que venía a veces, pero muy poquito. Era como un hospital rural pu. (Como tipo cuatro).

Siempre fue así, el tema es que llega la reforma. Entonces dice que el modelo se tiene que transformar la salud familiar. Entonces dividimos lo que había en sectores y lo que quedaba aparte (y eso era acá en el hospital nuevo o en el antiguo) en el antiguo, todo en el antiguo, y ahí en ese tiempo lo que se quedaba como transversal seguía siendo obviamente la urgencia, el laboratorio, el some, ni siquiera el some por que se transversalizó y fue todo un rollo porque ahí acabo de tener la cabeza así como locos, como funcionábamos y nosotros tuvimos que salir con todas nuestras cosas. (O sea, en el fondo, en el fondo, la implementación del modelo implicó que ustedes cambiaran toda la forma de trabajo y toda la forma de ver . . .).... Si pu teníamos un esquema y reuniones y reuniones y discusión y preparación y peleas no y duelos (enfáticamente), si la gente no quería separarse de sus equipos y de cambiar el chip de trabajar también fue complejo, porque en el fondo tenemos que transversalizar nuestras expertís más que nuestro programa en sin mismo, porque era flexibilidad todo el rato.(Claro). Entonces ahí yo me acuerdo que el hospital se queda chico de nuevo porque había que tener sectores, entonces vamos a dividirnos con todo lo que queda transversal más los sectores y entonces en el hospital el viejo queda en dos sectores quedan tres sectores y uno tiene que salir, pero la casa de Prosam, viendo que no era suficiente, no era como adecuada, entonces devuelven la casa que tenemos de Prosam, entonces salimos con todas nuestras cositas ya para el Hospital Viejo y cuando llegamos al Hospital Viejo nos dicen, bueno tenemos que dividirnos acá las psicólogas, trabajos sociales, todos en cuatro sectores que hay tres que van a quedar acá en el hospital y otros fuera entonces tenemos que salir con nuestras cositas para otro lado. (O sea, en el fondo, el cambio de modelo también implicó que ustedes no podían seguir trabajando sola en la casa, sino que tenían que sumarse a trabajar a los equipos) claro y fue como harto rato que la gente no estaba de acuerdo teníamos en ese tiempo como la líder del modelo en una enfermera y la apoyaba un médico, la médico de ese tiempo yo creo que nunca tuvieron mucha preparación también como que las tiraron a hacerlo entonces como que no... la enfermera tenía un diplomado pero a médica no entonces . . . (no había médico de familia) nooo . . . pero de repente teníamos las tremendas discusiones y nos amenazaba con echaron cachai como con una intención fuerte (La enfermera). No, la médico (refiriéndose a las actitudes hostiles del médico y el uso del poder, amedrentando a los funcionarios). La enfermera ponía paños fríos y lloraba entre medio, no si estaba un poco la escoba, todos se garraban pa ya y pa acá.

Finalmente nos dividimos con todas las dificultades iniciales, y empezamos a trabajar los sectores. Y ahí de poco, de poco, de poco, de poco funcionamos a lo que hoy día somos (¿Y quién definió los sectores?, ¿Cómo se definieron?)

Inicialmente nosotros mismos pu, o sea, los colores los definimos nosotros, según la población, obviamente calzada que fueran cuatro, (Ya). Hoy día sabemos que nuestra población debieran ser seis sectores por la población que atendemos. Porque ha crecido exponencialmente desde que estamos en este hospital y porque antes por el hecho de estar en el hospital viejo, nosotros no asumíamos casi nada la población de las DAS pero por el hecho estar ahora acá, estar en este hospital que creció, que tiene más especialistas, que tiene como más equipo la población casi de la DAS, casi todas se atiende igual (o sea ustedes atendían el radio urbano y las DAS atendían la del radio rural) y ahora nosotros igual empezamos a absorber lo de las DAS y viene bueno después viene el estallido social y todo lo que tiene que ver con la pandemia y también la población creció mucho más, cachai que hubieron cierres de empresas, cuestiones grandes en las grandes capitales y la gente llegó sin trabajo a quedarse en las casas de sus familias y empezaron a crecer la población flotante por decirlo así, en las casas había mucha gente en las casas empezaron a asinarse y la gente estaba como afuera se empezaron a crecer la población inicialmente visualmente lo que había pero luego ya la gente empezó con más fuerza el tema de las tomas de terrenos, y ahí creció mucho más Cañete urbano.

Pregunta: Y retrocediendo un poco y en qué momento ustedes se cambian de hospital y cómo y cómo trasladan ese modelo de salud acá, ese modelo de salud familiar en ese minuto y como este hospital además transita a ser un hospital intercultural además. Entonces está el modelo de salud familiar junto con el modelo de salud intercultural.

Respuesta: A Claro. (En qué periodo pasa eso) Es que éste hospital siempre se dijo que se definía intercultural, por eso contaba desde ¿cuándo nació el pespi? como en el dos mil doce o dos mil uno creo, que contaba con un facilitador intercultural, pero que en ese tiempo tenía una casa tipo triángulos fueron en el hospital viejo y era como lo intercultural que había, y si había un paciente Mapuche que necesitaba alguna gestión, él era como un orientador. (a mí me da la impresión que eso ocurre en el periodo en que estuvo el programa orígenes y que eso debe ser entre el dos mil tres y el dos mil cinco y ahí el hospital llegó el primer facilitados que llegaron a Contulmo y llegaron a Cañete, algo así). Si y a Tirúa también. (y a Tirúa también, ahí yo me perdí porque yo no conocía tanto allá claro). Si no me acuerdo muy bien no hablamos del origen hablamos del PESPI y de poquillo, de a poco la OITE convenio 169 de a poco sonaba pero con poca difusión para la mayoría.(Sí).

Entonces, como que el usuario es el asesor tenía la función de comillas, representar la interculturalidad, pero su labor y su tarea era orientar a los usuarios no más. (Claro que en ese periodo, como viendo la misma historia, el programa origen, bueno, tenía un financiamiento, tenía varias etapas y en ese contexto en el año de la etapa que le correspondía salud ahí se implementó en el servicio de salud la unidad de salud intercultural, que después empezó a tirar estos brazos y empezó a contratar a la gente). ¿Y qué año fue eso? (Entre el dos mil tres, el dos mil cinco, yo diría una cosa por ahí). Cacha porque yo estaba en Tirúa en ese rato

cuando se implementó.

(Entonces, de hecho XXXXX asume ese periodo). Todavía está (si si sé que está y después, y después, claro, empieza si ya Contulmo tiene Tirúa y acá también. Entonces, ahora, pero ¿cuánto se cambian, ahí yo no sé cuándo se cambian del lugar).

No me acuerdo. ¿Cuándo fue el primer Piñera? El primer Gobierno de Piñera. (Dos mil diez) ¿Dos mil diez? (el anterior al dos mil diez era el gobierno de Bachelet).

(Sí, el primer Piñera fue el dos mil diez). Bueno, el tema es que para el dos mil diez fue el terremoto. Este hospital estaba casi listo. (de hecho fue cuando asumió el primer cuando estaba asumiendo el mando ahí fue el terremoto) y estaba súper feliz porque iba a poder inaugurar éste hospital, cuando rápidamente cacho que este hospital estaba casi listo, entonces era como casi una de sus prioridades, venir a inaugurar el Hospital de Cañete estaba con su plan antes de asumir la presidencia.

Pero para el terremoto esto hospital se hundió, ¡channn!, en el fondo quedó en evidencia que la empresa constructora había economizado recurso en todo lo que era la base de la tierra. Cachai, porque esto antes acá eran un basural, eran humedales también. Entonces tenían que invertir como una cantidad de recursos con tales nombres, especificaciones y que finalmente quedó una evidencia que no cumplieron eso, que ahorraron y pusieron un material de menor calidad en todas las bases lo cimientos del hospital, entonces se hundió que es un poco así (muestra con sus manos la inclinación del hospital). Entonces para la desesperación porque cuando viniera Piñera, finalmente el presidente y dice que quería ir a inaugurar este hospital, se inyectó mucha plata para poner un material como entre medio, se inyectaron como unos líquidos, unos líquidos que se inflaban, finalmente, se hacían piedras para poder volverlo a levantar y eso se demoró como dos años, así que yo creo que como el dos mil doce. (Claro), estamos por acá.

Después del terremoto le pusieron full si, full full full. Y cuando se da que finalmente que quieren traernos, nosotros no queríamos venirnos. Porque dijimos no está listo, no están las condiciones, no estaban las condiciones porque al presidente se le ocurre, no pu si igual las condiciones son dos años nomás, las personas de la comuna estaban acostumbrados a venir caminando cuando estábamos en el centro, y para venir para acá la gente tiene que acostumbrarse hay un periodo de acostumbramiento, no pueden trasladar todo de una vez y los gremios pataleamos en ese tiempo porque creíamos que era un traslado forzado. (Y en ese tiempo era dirigente y en ese tiempo) sí. Entonces nos tocaba pelear, fuerte en ese tiempo, nos puso una directora que venía de un hospital militar del servicio de salud. XXXXX en el servicio de salud y acá nos ponían puros directores médico joven recién salido pero con un perfil militar, pero así que las listas de despido, las denuncias por cada uno que se oponía. Aun así frenados como un año más. Un año más y finalmente cuando se nos obligan a venirnos, viene a inaugurar (ríe) fue chistoso, porque eso no lo dejes en ninguna parte, pero cuando estaba inaugurando, vino a cortar la cinta, había un día precioso, y junto arriba de él donde estaba hicieron no sé si viste esa foto pero muy famosa afuera acá en el patio hicieron como un gran pódium, lugar para la ceremonia en alto con

luz, con cosas y con focos, muy bonitos y se estacionó arriba, una nube negra, arriba ahí las fotos maravillosos de todo alrededor hermoso pero arriba de él estaba la nube negra, bueno, pasaron hartas cosas hubieron algunas cosas fuertes medias tragedias porque para inaugurar presionaron a un Machi que había estado como en el inicio, en el proceso de apoyar, como el traslado, ordenado en términos culturales para que el lugar nos recibiera, para que hubiera todo como una suerte como de buena comunión con los miembros que habían acá. Lo presionaron tanto al machi, lo iban a molestar a su casa y el machi se enfermó tanto que en un tiempo después murió.

Yo estoy segura que tiene que ver con tanta transgresión y tanta presión política que tuvo, le iban a dejar un teléfono satelital donde él vivía porque él no tenía comunicación donde vivía. Vivía a la cresta (ríe), no estaba no ahí con la comunicación, entonces le pusieron un teléfono satelital, lo molestaban tanto porque que querían que estuviera para las fotos, para las fotos, ¿verdad? (Y eso era el servicio de salud), nunca entendieron que lo que necesitaba éste hospital era como todo, entonces él decía que el hospital estaba enfermo, que no estaba listo más funcional y lo presionaban y lo presionaban igual, porque él que había como que hubo toda una consulta a varios loncos y a varias personas y como que quedaron que él iba a ser parte de este proceso de inicio, de funcionamiento del hospital.

Finalmente, el machi muere ya nadie más quiere entonces las personas antigua dicen que todavía éste hospital está enfermo porque no tienen todas las etapas iniciales. Entonces también con las comunidades de ese tiempo, también nos relacionábamos para pedir más tiempo, para que no fuera tan forzado, no fuera así. (Y cuando tú me dices que tiene que tener esta etapa iniciales, cuáles son las etapas iniciales) los loncos decían que había que hacer rogativas, rogativas, tenían distintos momentos, antes de construir se hizo pero había que hacer en el proceso y tres más cuando ya estaba al hospital listo antes de hacerlo como público, que empezar a llegar a la gente.

Porque era muy importante si íbamos a trabajar con la salud, todo este territorio estuviera sanado. (Una forma de sanarlo). Sanarlo y agradecerle y pedir permiso y todo lo que tenía que ver con los protocolos. (Perfecto). Culturales.

Y no se cumplió pu. Entonces, muchos de esos antiguos, que hoy día se han muerto, muchos de ellos se han muerto. Por distintas condiciones decían hasta último rato que esté el lugar, estaba mal parío, no habíamos terminado el proceso y que la política era nefasta para esto pero se intentó y las comunidades lo intentaron harto, pero no escucharon, querían contar la cinta así que. . . se cortó la cinta y nos vinimos e inicialmente fue un caos porque claro estábamos aquí como del principio era como dónde íbamos a trabajar cual iba a ser la atención primaria. . . . (O sea surge un conflicto, o un caos) siiii...en ese caos que tenía que ver con la interculturalidad, el nombre también, porque que en su minuto tenía otro nombre que se había pensado como veinte años atrás que en ese tiempo. . . .No me acuerdo del nombre ahora, pero era un nombre como... ellos querían tener incidencia la gente política que comilla, la gente local decía ellos vienen como de paso, no son personas que están en los procesos del territorio, entonces no tienen nada que opinar acá y ellos decían si tenemos que opinar acá y finalmente. Opinaron y decidieron.

Para eso finalmente encontraron alianzas con facilitadores o comunidades que finalmente igual les dijeron que sí. (Ya) Otras que no, y así como quedó bien dividido el tema. Se quedaron con la gente que les dijo que sí a todos y los que fueron un poco más críticos, de exigir más tiempo principalmente, eso es como que los empezaron a dejar de lado, en ese tiempo. Como que dividido en arto las comunidades también.

Y desde ahí en adelante, en verdad, como que nunca se ha restablecido tanto, ha habido periodos de buena vecindad por decirlo así, de armonía pero otro periodo hay como crisis, porque siempre se saca, siempre se saca en cara eso, como la división que se hizo, a propósito de traslado forzado.

Pregunta: Oye, y cuéntame una cosa y cuando se instala acá y todo, al principio el tema de la interculturalidad como si lo tomó el programa de salud mental como lo trataron de implementar.

Respuesta: Nosotros siempre nos sentíamos interculturales. Siempre conversábamos nosotros, nuestros pacientes, bueno el enfoque de salud mental es integral pu, porque no puedes mirar al paciente sino es con su cultura, desde donde viene en donde habita, quiénes son sus familias, cómo comprenden su problema de salud, cual es la comprensión que tienen de su situación, entonces siempre sentíamos que estábamos muy cerca de intercultural por decirlo así. De hecho ese tiempo cuando estaba el hospital viejo hacíamos proyectos con XXXXX que era el único asesor que teníamos en ese tiempo para trabajar la infancia a veces ganábamos algún proyectitos autogestionados para hacer trabajos de recuperación de tradiciones con adultas.

(O sea XXXXXX). Sí, XXXXX fue nuestro primer facilitado. Lo primero como comillas, agente Mapuche, que llega como a representar, como la interculturalidad propiamente tal. Pasó mucho tiempo, mucho tiempo para que hubiera más gente. Por el tema que...

Pregunta: que es lo que se entendía el tema de los facilitadores, cómo se entendía la interculturalidad en ese momento, en ese periodo y cómo ese concepto hay ido variando hasta la fecha, que es lo que cómo se entendía en ese periodo y qué es lo que ha venido pasando el cómo se entiende, se entiende igual se entiende distinto.

Yo creo que el hospital ha cambiado después que llegamos al hospital, creció justamente por temas políticos, creció mucho más exponencialmente seguimos siendo el hospital tipo cuatro, pero con especialidades, con espacio de medicina, grande, como pa hospitalizados, como que funciona como un hospital de mediana complejidad, seguimos siendo el papel de baja complejidad, pero funcionábamos como un centro más más grande. Y eso significa que tenemos muchos funcionarios y tenemos mucha rotación también de gente. Y gente que está llegando nueva. Gente que ni siquiera es de la comuna. Que si bien se pide que los funcionarios nuevos tengan sensibilidad con la cultura, conocimiento, en su inducción, en sus entrevistas de ingreso incluso y se les sensibiliza todo el rato aun así tenemos gente que como que siempre siento que cree que puede funcionar bajo el modelo biomédico como lo haría en una capital regional donde no hay cultura, viva. Entonces eso ocurre hoy día siempre ha ocurrido en realidad. Como que en verdad, se sabe que la población nuestra tiene derechos hablan de los deberes dicen esto puede ser una. . . .Cuál es el concepto que usan. . .que la

instaló una vez un médico, pero que a mí me aparecía racista, pero la instaló una vez y se quedó positivo. ¿Cómo se llama? (¿discriminación positiva?) discriminación positiva, porque en el fondo tenían que atenderlos distinto, si cuál es la diferencia entre un adulto que viene de comunidad Mapuche, y un adulto que viene de acá de la ciudad. Cachay, por ejemplo. . . . o porque una mujer Mapuche embarazada o un agente tradicional de una iglesia evangélica podría tener distinta (o sea la política de este Médico era homologar todo, asimilar todo al mismo modelo). Si Claro, como el mundo intercultural podría ser también un gitano. Por ejemplo, un pescador, como otra cultura. Eso lo decía. Cachai. Y bueno eso nos ha jugado un problema en una época ya estábamos en este hospital y el quince S, que es un evento que te puedo contar después.

El quince S fue un estallido local interno que tuvimos. (El quince de septiembre fue). El quince de septiembre fue en el dos mil quince. Dos mil quince tuvimos un drama grande, pero tuvo sus cosas positivas después. (¿Y cuál fue el drama ahí, eso se puede saber?).

Lo que pasa es que, cuando tú me estás preguntando cómo ha sido la incorporación de los funcionarios y es muy relativa. Como que nunca ha sido muy estable en el tiempo, éste tema de que cambian la persona. Sobre todo las jefaturas que todavía siguen siendo principalmente médicos. Médicos que vienen de paso porque son médicos EDF (médicos e etapa de destinación y formación urbana o rural EDF) que funcionan acá todavía. (Y Mapuche ha habido también), ha habido también pero en general no los dejan quedarse mucho tiempo. Tienen súper buena evaluación de parte del funcionario y de los usuarios, trabajan en sectores pero no lo dejan atrás las medicinas, igual los discriminan caleta con algunas actividades que no lo dejan de frentón hacer. Entonces duran poco. Y médicos Mapuche que han estudiado Cuba, por ejemplo los cuestionan harto, pero también ha resultado que este es un tema más nacional que lo dejan fuera por este tema de la EUNACOM, que en general como que no la pasan completa, y como que tiene dos etapas, que hay una etapa que le permite trabajar en los servicios públicos pero la otra etapa no la deja funcionar en todas las partes del servicio público y por ahí siempre los terminan un poco discriminando y cuestionando. Y, pese a que han estado acá médicos de acá de la zona, que han estudiado medicina en Cuba y que han hecho una súper buena labor se han terminado yendo porque se sienten maltratados por sus pares médicos. Bueno, y los pares médicos que son éstos médicos que vienen cada cierto tiempo, que van cuatro años, se quedan y después se van. También vienen a veces a revolver un poco el gallinero en términos de sensibilización.

Tenemos a veces periodos en donde tenemos a la gente como bien alineada, mi percepción. Es que los tenemos bien sensibles bien de ahí entendiéndole de qué se trata la ley 169, la ley de derechos y deberes, la comprensión de la cosmovisión en los mil años de maltrato que ha tenido. . . cachai que no es una cosa tuya, ni personal pero te tienes que ver como sociedad, como institución, tenemos que atenderlos distintos y vamos bien, y alguien llega con algún concepto, con algún tipo de pataleta. Y en general son médicos. (Y los médicos en general acá en este hospital tienen mucho poder. A propósito de eso que llega a revolotear, alguien puntual). Si todavía, cada vez menos porque... Bueno. Sí, sí, igual. Pero es que no soy muy buen referente para hablarte, porque yo no les tengo ni un respeto,

pero sí lo puedo ver, donde tengo un respeto, los veo como un profesional más, nomás.

(La pregunta va orientada a propósito de que si llega uno y ese uno revolotea, si llama la masa a opinar desde el punto de vista de él). Biomédico sí. (O sea, tiene hartos poderes) todavía sí, pero sobre todo los equipos biomédicos y a veces enfermeras principalmente que como grupo mayoritario de profesionales que existen todavía (ya)

Pregunta: oye cuéntame una cosa y bueno que pasó el quince de septiembre. Porque de ahí te quiero preguntar a propósito de las orientaciones técnicas que surgieron. Pero sigamos con lo del quince de septiembre.

Respuesta: Lo que pasa es que en ese tiempo ya estábamos trabajando una forma distinta dentro de la unidad intercultural. Pensamos que . . . yo soy funcionaria antigua porque igual me gusta opinar, siempre que puedo opinar, más allá que fui dirigente, pero igual creíamos que había que darle más fuerza a la unidad intercultural, y que no podía seguir XXXXX solo para este hospital nuevo, que era mucho más grande, que se estaba implementando con mucho más profesores, más trabajadores y más unidades entonces necesitaba más apoyo entonces se pudo gestionar un poquitito antes de veniros del hospital de allá, como que se hiciera la brecha para un segundo facilitador. Entonces, cuando finalmente llegamos acá, llegamos con XXXXX. Es como la segunda facilitadora. Ahora, y tenían un espacio en este hospital dentro del hospital, ya no afuera como antes, que era una casita así (indica con las manos) En triángulo que estaba a fuera casi como en el patio escondido, además como estaba dentro del hospital y una unidad iba a tener un espacio físico como visible y estaban ellos dos y luego viene este tema de cómo lo hacen los dos solos, entonces mientras generábamos la brecha, tuvimos una.... La encargada del modelo de salud familiar tuvo una licencia y mientras ella estuvo con licencia XXXXXX. La encargada de salud familiar es nutricionista, era y es todavía la misma nutricionista, se ha ganado ese concurso por concurso. Pero le reemplazó XXXXXX, que igual tenía como harta información sobre el tema intercultural, cómo funcionaba en otro país, en otras regiones, y tenía como una visión, tenía buenas ideas, entonces se fue, llegó la encargada del modelo de salud familiar y ella se quedó sin trabajo en el fondo y vimos como ella podía estar un rato apoyando a la unidad intercultural. Entonces ahí se generó lo que es, el cargo de coordinador de la unidad intercultural, entonces ella llegó a trabajar ahí.

(Ella fue la primera) la primera (como se llamaba ella) XXXXX todavía está acá, XXXXXX (XXXXXXX). Bueno, el tema es que XXXXXX tenía buenas ideas y llegó un director nuevo, era XXXXX. (Ya). Adulto, no un niño chico, un caballero con experiencia. (Ya). Y a este caballero le empezó a hacer hartos sentidos el tema intercultural. "Esto es vital, está creciendo en forma exponencial y el tema intercultural" (imitando al director en una actitud exacerbada moviendo las manos). Y xxxxxx tuvo como harta sutileza de ir a presentarle el programa, hablarle como de hartas cosas. Nosotros veníamos generando la brecha para que ese cargo fuera, entonces finalmente ya la dejan como . . . tenía que ser concursado en algún minuto, pero la dejamos como a cargo de instalaciones. Se empezó a abrir un poco más, estaba la idea de trabajar un poco con los distintos estamentos, estamento por estamento, reflexionar acerca del rollo y empieza de a poquito

como a darse un proyecto de cómo instalar de forma más permanente. (A propósito de este ginecólogo del apoyo que tenía). Si pu el director lo dice o sea a la mano, porque tuvimos un director antes que no estaba, no le interesaba y de hecho generamos la brecha hace mucho tiempo, de tener unos segunda facilitadora y llegaban enfermeras, llegaban Kines pero no llegaba un coordinador de la unidad, no llegaba el otro asesor de la unidad.

En ese tiempo dijimos los asesores no pueden ser asesores, porque la asesora tenía como concepto antiguo, cuando el Hospital antiguo que era como el orientador del usuario, el que andaba perdido y como que lo llevaba a algunos lugares y teníamos que tenía que ser como un. . . hay una agente como mucho más, que nos guiara a todos, que nos guiara a todos que fuera como nuestro consultor. Antes era facilitador y ahora queríamos que fuera asesor (perfecto) que fuera como... no no no político, como que fuera... (Como la persona que maneja concepto) que no ande orientando solo al usuario, sino que está preocupado de que los equipos entiendan que sea como responsable. (que intente implementar una política pública asociada al tema intercultural) coordinador porque igual los chiquillos también tenían harta pega de orientación todavía o de facilitadores, le tocaba llevar a los funcionarios, a los usuarios a Machi, a los agentes tradicionales, eso siempre se ha mantenido. Entonces finalmente, igual necesitamos alguien que estuviera ahí. Bueno XXXXXX hizo esa pega y estuvo bastante bien inicialmente porque el director enganchó tenía como buenas ideas y hubo un día que llegó a la urgencia un Machi en trance.

El Machi estaba en una ceremonia, en una toma de terreno por el sector de Tirúa y el Machi llegaron los pacos, los tomaron detenidos y os trajeron acá a la urgencia y detrás del Machi, llegó como toda la gente que estaba en la ceremonia, preocupado porque el Machi venía en trance. El Machi estaba haciendo una ceremonia, entonces estaba en otra, sus pulonkos, (risas) no llega solo con la gente física y con todos sus espíritus, entonces los paco y los médicos que los recibieron lo maltrataron.

Lo maltrataron no físicamente, sino que le empezaron a decir: Oye, este viene todo el camino haciendo su show, aquí este es lo que está haciendo su payaso, corta de hacer tu payaso. Igual era un Machi joven, y la médico era una mujer que lo recibió, le dice si pu y hablaba así (con voz en alto y con acento irónico) si pu, ya pu corta de hacer tu show, ya córtala con tu tonterita, si ya estay acá, te gusta andar lesiando y así como cosas de ese tipo. . . familiares que estaban cerca escucharon, entonces se enojaron mucho, mucho, mucho, mucho, y querían sacar el Machi de acá, querían llevárselo, entraron en mala por la urgencia, empezando a pelear con las funcionarias de la urgencia, después llegaron oros por allá, entonces quedó la tole tole, y hubo un mal manejo de parte de nuestra administración porque el director como que permitió, como que no atinó de inmediato y le dijo finalmente XXXXXX que fuera a dar la cara un poco y XXXXXX, ese tiempo XXXXXXXX y casi XXXXXX. Eso significó que todo el hospital XXXXXXXX. Estaban XXXXXX. Empezaron a ver asambleas, así como que como pasaba eso, mientras los familiares todos reclamaban los pacos reclamaban y esto que por la tole tole. Hay gente que decía XXXXXX y otros decían: No tenemos que aceptar a los Mapuches. Ahí empezó a salir la primera vez el concepto de discriminación positiva, porque los tenemos que atender distintos,

que se cree, que están peleando allá, XXXXXXXX, bueno hubo un tema de manejo, yo creo que es de la dirección, que definitivamente no tenía que XXXXXXXX, porque habían otras formas de haber enfrentado esa situación, el rollo es que quedó la tole tole interna, más haya la tole tole afuera. (O sea, no supieron cómo relacionarse y nada). No, quedó la escoba fue la crisis fue como interesante, porque en verdad la comunidad, el grupo era grande, era muy grande. Y fue un viernes en la tarde, con una cosa así, como que estaban bajas las guardias, el director ni estaba creo, no sé.

Entonces, bueno, quedó la tole tole internamente. Finalmente, las comunidades no querían ver obviamente XXXXXXXX que era también trabajaba acá en el hospital, XXXXXX. Así que finalmente XXXXXXXX

La comunidad XXXXXX, se volvió como tres días y todos preocupados porque nadie sabía que había pasado con el director, XXXXXXXX, se perdió, y una secretaria encontró una carta entre medio de ahí en su oficina, y ella pensando inicialmente en que se suicidó, que le pasó a éste director, luego refiere que renunció por intermedio de una carta y se puso todo muy fuerte después de esto.

Bueno, renunció con una carta. XXXXXXXX. XXXXXXXX veníamos poniendo el tema hace rato, no había ecos en las jefaturas. Y este si tenía la disposición de escuchar y tenía voz en la encargada, ella tenía la tarea de insistir.

Bueno los gremios también lo hacíamos, habían distintas instancias que lo pedíamos, que fuera el modelo intercultural, muchos tuviera un valor, un lugar más preponderante. (Y esa es la crisis del quince S, Y de ahí en adelante qué es lo que empieza a pasar con el hospital a propósito de esa crisis que marca un precedente que está como en la cultura esta situación).

Llega un partidista, otro partidista porque en ese tiempo ya estábamos con otro gobierno, estábamos con un segundo gobierno (con el Bachelet dos) con Bachelet dos (claro) estábamos con Bachelet dos estaba un poco las cosas, de hecho este director era como Bachelet piola era Bachelet, pero alcanzó a estar muy poquito, tuvo un par de meses, no más pu como le quedó éste tema. (Eso deba haber sido como el dos mil trece) Claro puede ser, (catorce) sí, puede ser pero tuvo poco él estuvo como un año, antes de eso tuvieron como puros médicos reemplazándolo mientras no teníamos un cargo hasta que se concursó y llegó éste ginecólogo.

Y después se concursó de nuevo comillas "se concursó de nuevo" y llega un señor socialista. Inmediatamente se va éste director ginecólogo y llega un ingeniero, hay que ver, y el tipo era de apellido Mapuche y XXXXXX, en alguna parte, no sé si en Temuco no sé qué. Claro que él entendió que era importante el tema intercultural, a nosotros no parecía mal que por un interés político, digamos que claramente su interés todavía era otro, pero nosotros sentimos que era una demanda antigua, así que Si lo podíamos mejorar, había que hacerlo, así que hace concursó el cargo del coordinador de salud intercultural y la unidad empezó a tener como, si igual era muy poco, que sean los dos asesores más el encargado deberíamos pensar como que se amplíe la unidad y ahí se empieza a formar de a poco lo que se conoce al día de hoy como la unidad de salud intercultural ampliada.

(Ahí, por ejemplo, XXXXXX). No, la desvincularon. (XXXXXX) la comunidad XXXXXXXX (y de ahí empezó todo el tema de armar la unidad y ahí ese cargo que es lo que pasa con eso). Se concursó el cargo y bueno antes de eso cambiamos de director, el director está de acuerdo, se concursó el cargo y ahí XXXXXX, que está ahora y

de a poco, de a poco, y de a poco, ha ido creciendo con la sub unidad ampliada, que tiene profesionales de distintos estamentos, que apoyan en distintas actividades ahí, me imagino que ya has ido. (si, si, sí) sabes cómo funciona eso. (Sí).

Y ahí también llegó la casa de acogida y que era un lugar también esperado por las comunidades (y esa casa de acogida a qué tipo de personas recibe) personas que necesitan. . . (Adultos mayores). Sí, también pueden ser niño, pero que necesitan hospitalizarse prontamente y que como son del campo, se puede venir en tal fecha y no como. . . (para programar la hospitalización). Programar, que puede ser aquí, en Curanilahue o en Concepción, que puede ir a una casa, esa casa necesitaba gente, inicialmente estaba ahí, quien administrada, quien los cuidaba, porque aquí los facilitadores que teníamos trabajan de ocho a cinco y hay personas que quedaban en la noche, entonces como comían, como se les ayudado, entonces se contrató y se ganó un cuarto turno de facilitadores y interculturales, porque otro foco, porque el foco que ellos pudieran estar apoyando esa casa pero también se pasaba alguna cosa en la urgencia que pudieran poner como algunos paños fríos, contener cuando llegara alguien o no sé, como que pasara de nuevo, el evento quince S que llegaba un Machi y el equipo clínico no sabía qué hacer (y la casa está donde la casa) estaba acá abajo justo abajo en el subterráneo (en el subterráneo ya) era un patio grande en la salida bonito y todo con camas, con cocina, con tele, con living. (¿Qué pasó ahora no está ahí?) Para la pandemia lo usaron de sala de medicina, así que puro hospitalizado ahora (wow) se perdió y lo facilitador que trabajaban cuarto turno, se distribuyeron en distintas unidades, hay uno en la OIRS, otra en recursos humanos, otra en la urgencia.

Pregunta: (o sea se desintegró, XXXXX cuéntame y en ese periodo por ejemplo como yendo nuevamente al tema más cronológico entre dos mil catorce, dos mil quince, bueno me da la impresión de que el dos mil dieciséis sale ahí las orientaciones técnicas para trabajar con pueblo originario de parte del ministerio de temas de salud mental. Ustedes reciben ese documento como se organizan de ese documento)

Respuesta: Yo creo que siempre estuvimos como haciéndolas como que no esperamos necesariamente (como se toman esa orientación que existe). Que siempre teníamos una forma de derivar, de ser respetuosos con las creencias de nuestros usuarios. Hemos intentado como recién, hace como un par de años, un protocolo de salud mental intercultural pero que no solo incorpora a la gente de la APS sino que a todos los dispositivos de salud mental que tiene que ver con ordenar un poco que todos puedan derivar, que todos sepan que puedan escuchar y derivar, que lo que hay en el fondo sepan que derivar a la unidad intercultural, de forma asistida idealmente, hacerle seguimiento, que las medicinas, por ejemplo el hospital de día puede el usuario pedir su Machi o su tratamiento Mapuche y que tiene derecho a hacerlo, como que el protocolo viene a ordenar algunas prácticas que ya teníamos.

Pregunta: (Y el trabajo que hace el programa de salud mental con la población Mapuche que consulta, o sea, población más Mapuche que a lo mejor algunos se siente mucho más Mapuche, a otros que no se siente tan Mapuche, pero son Mapuche. Cuáles han sido las estrategias que han hecho, cómo han trabajado con

la comunidad, tienen alguna forma, alguna forma les ha dado más resultado, han ido cambiando de forma o solamente. . . . y ahí te iba a preguntar cómo eso convive también con las prestaciones y el registro de salud y todo eso).

Sí, pues, (cuetame un poquito eso de la agenda).

Respuesta: Ahí en las prestaciones como más individuales, no es tan complicado insisto porque para nosotros la visión la atención es integral siempre siempre y tenemos para eso, bueno, cuarenta minutos. Entonces, claro, no, si bien nos tenemos que enfocar en la en el malestar, también en la comprensión del fenómeno que en general, en la individual no tenemos grandes dificultades. (Y lo atienden solo, lo atienden con las familias, lo atiende e casa variado depende del usuario, porque hay usuarios que necesitan de estar solo, porque necesitan estar con su familia. A veces nos alargamos porque viene la familia completa porque a veces viene, no sé, si viene la usanza Mapuche, puede con su único cuidador específico, pero otros necesitan que toda su familia los cuide y los acompañe, entonces ahí los recibimos, y otras veces también hacemos visitas y hacemos intervenciones en domicilio).

Entonces eso es variado caso acaso no tenemos como. . . lo más específico que tenemos ahí es como una ficha de derivación, es como yo lo hago para que los colegas nuevo en general la hagan, una ficha de derivación de la Unidad de Salud Intercultural. Para que cuando el paciente según la comprensión de su situación, dice que en verdad necesita ver agentes tradicionales y él no tiene el contacto directo, porque a veces lo tienen y a veces te lo cuentan, a veces no te lo cuentan, entonces a veces uno le pregunta, usted tiene, ya, “usted considera que su dificultad o padecimiento tiene que ver con una cosmovisión Mapuche” (la profesional en actitud de encuestadora), dicen que sí y usted tiene contacto para tratarlo también ahí y te dicen que si a veces te dicen en este rato no y hay veces bueno que hay que la unidad hay un hospital hay una unidad de personas que le pueden orientar, lo pueden acompañar incluso a ver algún agente.

Uno les explica el sistema y los lleva. Y es ahí, y hay una ficha de derivación también. (Y las personas, por ejemplo, a propósito de la unidad de salud intercultural, a veces contiene con psicólogos, asistencia social y además con la unidad salud y cultural) si conviven entre los dos mundos, a veces lo hacen sin que nosotros sepamos y otras veces lo hacen nosotros sabiendo.

(Y cuando van a la machi, cuando van a la lawuentuchefe, llega contando acá, hablan del tema). Sí, con los psicólogos. Sí, sí, No, sí. En general, nos cuentan. Porque para nosotros todo lo que les haga sentir bien, tiene sentido y obviamente nosotros le consultamos, cómo le va, les hacemos seguimiento también, si sabemos que fue a un agente tradicional llevado por el hospital, por la unidad intercultural.

Y como son los avances, alguna vez a mí me ha tocado como por ejemplo acompañar un paciente a Machi para preguntarle qué le parece el tema del fármaco o a veces no sé cuándo necesariamente el fármaco no está yendo en la línea, si está tomando fármaco con nosotros, no está yendo en la línea de tratamiento y a veces hemos hecho adaptaciones de acuerdo de lo que el paciente necesita.

Pregunta: (Y los médicos. ¿Cómo se suman a esto? Se coordina el programa de salud mental, tú me contabas que hay un tema ahí con los médicos). Siempre,

siempre (Claro, porque me imagino que lo biomédico, al parecer los médicos que están acá, no lo generalizo porque sé que hay médico en todos los lugares y tienen visiones distintas pero lo que hay acá en particular les ha tocado parece que tienen una visión mucho más biomecánica y más de la atención individual, más que de la atención comunidad).

Respuesta: La mayoría. La mayoría (eso cuéntame un poco ahí como ha sido la experiencia). Pero hemos tenido otras experiencia, por ejemplo tuvimos un médico bueno los médicos Mapuche que estuvieron en Cuba, que han sido cien por ciento apañe para todo eso, lo que tiene que ver con la derivación asistida y eso, tenemos un médico de familia que también está en la unidad intercultural, que también apoya y orienta cuando ha sido necesario, no sé pu, si su médico general dice no por nada creo que debía sacar la sertralina de la vida de ese usuario aunque el Machi lo diga me da lo mismo por ejemplo, y el XXXXX que es el XXXXX, podría decir, fíjate que con dosis menores quizás, cachai que ayuda como a la adaptación, a veces de acuerdo al caso, porque hay casos y casos.

Y también hemos tenido un psiquiatra que estuvo también ayudando un montón en ese tema de haciendo estudios para sensibilizar a los medios con relación a cómo el fármaco pudiera, no necesariamente ser tan fundamental a veces siempre en el periodo de tratamiento Mapuche. Entonces, lo fome de eso sí, que tiene que ver con la sensibilidad de esos profesionales, entonces, el psiquiatra se fue y ninguno de esos psiquiatras profesa esa línea de intervención de adaptación de tratamiento, pensando que no hay nadie que le diga a los otros médicos. (Pero pensando que el hospital tiene una línea política de salud intercultural, o sea como parte de la línea de mando en el fondo, incluso como la visión del hospital, eso tampoco ayuda o solo depende de cada persona como la aplica en el fondo). Cuesta pu, cuesta, hay que estar siguiéndolos pu.

(Y cuando los médicos se incorporan acá, a pesar de que se le hace sensibilización, que el director les dice usted tiene que atender bien). Igual les cuesta, igual les cuesta. Porque es lo que conocen por modo referenciar su zona de confort. Igual les da susto equivocarse, me imagino que tiene que ver con poca experiencia, son nuevos recién salidos de la U, no quieren equivocarse. (Son generales de zona)

Y después, también se les olvida. Entonces hemos tenido algunos especialistas, como psiquiatras, o médico de familia. (Ya). Pero si no están, no hay nadie que haga una línea distinta en la parte más biomédica.

(Oye, y lo otro y trabajo comunitario, por ejemplo. Además, en las visitas). Si también. Hemos hecho y hacemos cada cierto tiempo. Después la pandemia se suspendieron de verdad casi todo, mucho, pero de a poquito esperamos retomar poco, pero por ejemplo de línea intercultural hemos hecho por ejemplo, tragünes por sector (encuentro de comunidades y organizaciones del sector), tragünes reuniones con gente de la comunidad que se identifique con la cultura Mapuche, principalmente hemos tenido experiencias súper diversas, así como desde Talleres para recuperar tradiciones, que no hemos encontrado con gente mapuche, que vive la urbe y que siente que hace mucho tiempo está desvinculado de tradiciones, y que no recuerda pero parece que sí, algo sabe y ha sido súper interesante porque hemos llevado una ñaña que le ha enseñado, no sé, a tejer ñocha, a retomar trabajos en telares entonces conseguimos algunas luquitas por

ahí y hacemos talleres de telares y ha sido súper interesante porque mientras recuerdan la cosa práctica, la manualidad están recordando su historia. Ha sido súper interesante trabajar con gente urbana Mapuche que estaba como un poco perdida por ahí pero también hemos estado con personas de comunidad que te exigen pertinencia en las atenciones entonces también te dan.

Pregunta: (y cuando ellos hablan y te exigen pertinencia a qué se refieren ellos, cómo lo interpretan a usted ahí).

Respuesta: No sé, por ejemplo, una época estuvimos trabajando, que bueno, en general los grupos llegan más mujeres, por diversas razones siempre son mujeres, hemos derivado inicialmente ha sido un trabajo que puede haber sido iniciado por salud mental u otro programa, pero hemos derivado en la salud sexual reproductiva por ejemplo, y las mujeres dicen que en verdad todas las distintas variaciones que tienen nuestro hospital en las prestaciones de la salud sexual han sido pedidas por ella en estos espacios de Tragünes, por ejemplo. En algún minuto salió que la sala de parto, si tiene su guagua acá, que pueda entrar una agente tradicional a acompañarlas, que en la sala de parto tuviera tal pertenece y tal forma, el tema de la placenta, éste fue el primer hospital de Chile que empezó a entregar la placenta con un protocolo, por una investigación que sale porque las pacientes lo piden, las usuarias lo piden, que querían recuperar la tradición de recuperar la placenta al nacer. No sé pu, si se enferman una mujer Mapuche o una persona de comunidad, quiere comer cazuela, quiere comer cazuela, por ejemplo, una cazuela de pollo y no se le dejaba adaptar protocolo y hacer cosas de ese tipo, lo toma en general la unidad intercultural, hay una unidad que se llama Kimkelem Mognel, que tiene que ver con adaptar las prácticas que recopilar uno de los distintos Tragünes que vamos encontrando.

Así que interesante porque apoyamos, yo siento que es como mutuo, nos ayudan a nosotros y les apoyamos a recuperar tradiciones y a sentirse parte de este proceso de salud-enfermedad que representa al Hospital Pu.

(Oye, y cómo registran esto a propósito de que el sistema de registro nacional no tiene nada de esto). No pu, no da pa eso, no está el rayen en todos los pacientes. (Y cómo lo hacen ahí, cuáles son las conversaciones que han tenido para poder modificar eso) largas jornadas, hartas reuniones. (Pero nunca han tenido resultados de ponerle el nombre que corresponde a la intervención, o al trabajo).

Sí pu, hay, hay por ahí, la unidad intercultural se ha encargado, después que llegó XXXXX que como XXXXXXX, igual ha tenido la oportunidad de ir sistematizando más. (Pero eso no está escrito, o está escrito) Está escrito en algunos protocolos, por ejemplo en el Seminario intercultural seguramente los vamos a comentar, siempre comentamos un poquito la forma en que se han dado los protocolos, las historias que tienen los protocolos o que son historias de conversatorios que han habido entre usuarios y solicitudes de usuarios. Y hemos tenido cosas tan significativas como lo de la comida en las hospitalizaciones, surge de un taller de catutos, la primera actividad taller de catutos que hicimos con la comunidad amplio, para ver en qué estaban y cómo se sentía, ya. . . . Aprendamos a hacer catutos, recuperemos el catuto y ahí sale la tortilla, salen otras cosas más, o la vestimenta, otras cosas que y desde ahí va surgiendo las distintas necesidades de la gente.

Pregunta: (Y cuéntame una cosa y cuando abordan dos temas como que me

imagino una preocupación más bien de comunidad como los temas de violencia, los temas de alcoholismo, los temas de negligencia parental, que son temas más colectivos en el fondo, cómo lo aborda el equipo, cómo lo hace ahí, más que decir que me encuentro desanimado o me siento triste o tal vez pudiera no sé, estoy como afectado por cierta situación, esos temas más colectivos, cómo los abordan, cuál es la experiencia que le ha pasado ahí con eso)

Respuesta: Mira, la experiencia de los grupos con comunidades desde la atención primaria, hace mucho rato siempre nos venimos planteando desde la recuperación por el ciclo de tradiciones y eso como en una versión como más de factores protectores, por decirlo así, es como más en positivo. A veces salen algunos temas o surgen algunos temas como más específico, pero eso es donde tenemos tan sistematizados. Ahí como que escuchamos harto más a la comunidad con sus necesidades, (por ejemplo) salen desde ahí atenciones más en la individual (por ejemplo sé que en algún minuto no sé por alguna comunidad que celebra todos los años su wuotripantu, la mitad queda intoxicada por alcohol o se pelean, se golpean) no, no nos hacemos cargo de eso en general, no como programas del APS.

Pregunta: (O la comunidad le ha solicitado que los ayude con ciertos temas, como problemas más colectivos, por ejemplo).

Respuesta: Mira alguna vez nos han llamado por algunas cosas específicas, pero que no confían en todos, no confían en. . . no es algo así como tan, una relación tan fluida, porque alguna vez no sé, por ejemplo a mí me han llamado para hacer, no sé, como diagnósticos de niños que han sufrido bien de la policía, por ejemplo, cosas de ese tipo, pero son experiencias como que resuelve siempre con nosotros, porque en el fondo, si pasa algo así como una intoxicación en wuotripantu, pueden pensar que nosotros los vamos a denunciar, (como a judicializar), no, igual es una delgada línea del respeto de la relación, por lo menos nosotros como trabajador, porque si la SEREMI catcha eso, ellos tengan otra línea, pero no nos metemos en cosas como de ese tipo. No sé pu, si un usuario. (O por ejemplo, que en una comunidad haya tenido jóvenes que se han estado suicidando, por ejemplo). Claro, intervención de ese tipo, a veces hemos tenido que hacer, depende, por ejemplo a veces le toca al COSAM, a veces la DAS, a veces nos toca contener a nuestro equipo no necesariamente ir todos nosotros como APS a esa situación, porque hay casos que no se pu que necesita que vaya gente del COSAM, porque un equipo de comillas más especializado y que tiene más tiempos para verlos más seguido, nosotros tenemos mucha población, entonces vemos los pacientes cada quince días.

(Y ahí, a propósito que usted como PROSAM han estado desarrollando protocolos, como buscaron este modelo más de salud familiar un poco con pertenencia cultural, el COSAM también cuando ustedes derivan, cuando tienen la consultoría y todo, se tocan temas de este estilo) De acuerdo a caso (Y el abordaje que es muy diferente, el abordaje que hace el COSAM al PROSAM, se alinea en ciertos temas, en ciertos criterios, ahí como que tienen. . .) ¿con población Mapuche?(Sí, con población Mapuche). Sí, en algunos casos hemos pedido orientación de la unidad intercultural, hemos pedido que participe los facilitadores, si hubiera invitado todas las veces no siempre van,(ya) por sus actividades de viaje principalmente no van, pero cuando hemos necesitado por un

caso específico, los invitamos para que nos ayude como a mejorar la intervención, pero nos relacionamos, nos relacionamos todo el tiempo, somos la puerta de entrada a la APS, pero a veces en un tratamiento más específico, con un diagnóstico más complejo, son tratados los usuarios índice por decirlo en el COSAM, pero nosotros seguimos ateniendo a la familia. (por ejemplo esto que tú dices del fármaco, por ejemplo, la persona como es mapuche la tendencia del centro es tal vez enfocarse en los fármacos, y tal vez pudiera desertar . . . como)si, si, igual tratamos de verlo siempre previamente, los médicos de acá saben que no pueden obligarlos, no los van a . . . lo les van a poner medida de protección por que no se toman sus remedios sabiendo que los pacientes también tienen otras formas de tratarse. Los psiquiatras igual lo saben (claro, pero la pregunta es si se ve que hay estrategias para abordar el tema, o simplemente no le obligan y siguen en su modelo o sea como que hay una cierta pertinencia cultural como le llamas al abordar en esta relación). No hay como un abordaje pensado, ni conversado. Sinceramente, no hay como así, pero, o sea, conversado entre nosotros sí, pero no está como protocolizado (o por ejemplo me imagino que actividad reflexiva de conversación a lo mejor hoy tenemos no sé, una cantidad importante de pueblos Mapuche, podemos hacerlo acá. . .) lo hacemos cada cierto tiempo y de hecho hemos hecho desde hace un tiempo que preparó ahora pero hacemos seminarios de salud intercultural, salud mental e interculturalidad.

Y nos juntamos todo lo equipo de salud mental de acá del Cono Sur. Y bueno, del hospital en realidad e invitamos gente de la DAS también, a ver cómo lo estamos haciendo y cómo nos podemos relacionar mejor entre nosotros y sin faltar a la a la cultura a las necesidades del usuario. Lo hacemos, pero no siempre ha quedado protocolizado. A lo más tenemos alguna sistematización de los seminarios, de lo que se reflexiona, de lo que se conversa. Pero siempre como la línea fuerte es como la sensibilización y el respeto a que este usuario antes de nosotros ya tiene ese tratamiento, tiene otras formas de tratar su salud, que a lo mejor tiene otros nombre, hay gente que le llama medicina popular, medicina no sé qué, pero medicina que el usuario ha manejado su vida entonces no puedes imponerte entonces trabajamos hartito eso y nos va medianamente bien, con los equipos psicosociales pero no siempre con los biomédicos.

(Hay algunos aliados de la comunidad que le puedan orientar de cuál podría ser una forma más efectiva, a propósito de lo que estabas conversando hoy día, de tener algunos monitores), promotores de salud mental, (tienen algunos referentes en la comunidad Mapuche). Si bien están estos grupos, está por ejemplo los CODE que son las organizaciones que funcionan en torno al hospital, ellos no hacen esa Pegas. En general, llega gente de las juntas de vecinos, a veces es un vecino, algún representante de comunidad, a veces nos trae casos. Pero los promotores puntualmente son personas que son Mapuche o no Mapuche, por ejemplo la escuela, el politécnico, casi todos los niños son Mapuche. Por ejemplo, pero que lo interesante de eso es que ellos tienen herramientas para ayudarse a sí mismos y están atentos ayuda a otros y que ellos hacen derivaciones de forma oportuna, pero es un desarrollo de estrategias que tú ves, pero con gente que tiene o la habilidad previa como que ellos no llegan a cualquier persona a ese espacio, no cualquiera que se preocupa del resto y así ocurren e organizaciones, está formalmente establecidas como organización de forma, no sé un agente clave

X, una persona que no esté liderando nada, un vecino puede que pase. Un profesor en el caso de los jóvenes de los colegios.

Pregunta: (Oye, y un trabajo más selectivo ahí con una comunidad específica con un tema particular con un plan de trabajo así como como más en la línea por ejemplo prevención más secundaria de como en esa línea en el lenguaje más bien de salud pero aplicaba la comunidad así como existe el tiempo para hacerlo, existe el interés, no hay tiempo).

Respuesta: Existe interés, pero lo dejamos de hacer antes de la pandemia, y principalmente tiene que ver con el modelo de atención que finalmente tenemos porque la salud familiar o el APS como foco, la prevención y la promoción hace rato que ya no lo es pu, no podemos trabajar ahí en verdad estamos como muy invadido con la sobrepoblación, la sobrepoblación enferma, entonces la población enferma demanda para el ministerio, números, números, números de atenciones, registros, Entonces, en general estamos sobre, estamos llenos de pacientes en box, mucha demanda de pacientes en box y muchos informes, por cada uno, muchos registros, muchos registros. La gente sufre, tú te encuentras por el pasillo caminando con alguien con cara rara, tú le preguntas que le pasa toy chata con un registro nuevo que llego de mí estamento, de mi programa. (¿Cuánto porcentaje invierte?), no sé. Yo no soy la mejor referente porque yo ocupo todo mi tiempo en la atención del usuario y los registros están todos pendientes. Entonces a mí me van a echar un día y me van a echar por eso, por una falta de prolijidad con los registros. Pero la gente que hace sus registros que está el día hoy día, es gente que no mira al paciente, porque no puedes mirar al paciente y hacer los registros al mismo tiempo, es lo que tenemos no es real, no es posible o sea si alguien está al día en sus horas es que ese paciente ese funcionario nunca miró al paciente, no pudo, no pudo porque es no es solo rayen que es la ficha clínica, sino que son muchos formularios, son muchos drives, muchas planillas en digital o en papel también, hemos peleado una vez al año tenemos grandes peleas para sacarnos, algo menos, algunos papeles, este año nos sacamos un papel, todos los años nos sacamos uno, pero después llega otro vía drive, vía planilla, vía Excel, vía formulario de Rayel que es la ficha clínica (y te evalúa por eso) O sea es que nos monitorean todos los meses, todos los meses y esos son los grandes retos que nos llega por no tener al día, porque así nos miden, las metas las miden por esos registros, y las metas las pone gente que trabaja en ministerio, en cuatro paredes digamos, que no cacha todo lo que significa tener un usuario y todas las demandas que tiene ese usuario. Nosotros atendemos en box por una patología X, pero ese paciente necesita usuario necesita más cosas que eso, no más, tienes que coordinar en el caso de los niños, a veces con un especialista, a veces con la escuela, a veces con un familiar, en los adultos mayores con la red social, salir a hacer una coordinación con el intersector, buscarle acá una hora con el oftalmólogo y esas cosas las tenemos que hacer si lo tenemos que atender como corresponde, pero hacer los registros de todo eso, más todo esto es imposible. Nosotros yo tengo compañeros que sufren, que llora con la tontera, se vienen los fin de semana a trabajar gratis, a llenar formularios, las que están al día, las matronas hacen eso, la única forma de avanzar. (Se viene el fin de semana). Van a trabajar gratis, porque se ponen al día en los registros. (Wow).

Entonces, hacer lo que es increíblemente interesante para nosotros, y que como

nosotros como salud mental de verdad que lo defendemos, hemos tenido la opción de defenderlo y mantener todavía más fuerte fue la pandemia con los jóvenes y los adolescentes, porque como la población de la escuela que se expandió en términos de diagnóstico ya no ha permitido trabajar ellos y ahí estamos, pero de a poco la idea es retomar el trabajo comunitario también con organizaciones Mapuche o no Mapuche, porque creemos que ahí está la riqueza porque no solo lo que nos piden lo que nos entregan sino que también como ellos también se cuidan y se ayudan, la fuerza del grupo o el autocuidado.

Pregunta: (y a propósito de este trabajo que llevan con comunidades, con pueblo Mapuche, temas de pertinencia, la posibilidad de conocer otras experiencias, de ir a otros lugares de mirar cómo se hace ha existido eso, lo han hecho).

Respuesta: Si pero no como salud mental directamente, lo hemos hecho como la unidad de salud ampliada, intercultural ampliada y que es la unidad que yo participo, se organiza también la pasantía y la pasantía dependen de no sé pu, por ejemplo, hay una unidad y una subunidad que se llama de parto y crianza, ellos querían saber en qué otro lugar del país estaban trabajando en la pertinencia de parto y crianza y fuimos a Arica (risas), a ver como estaba trabajado allá las ñañas del territorio.

No sé pu, la otra vez un trabajo como de curaciones con pertinencia, hemos ido, no sé. A mí me ha tocado coordinar eso, si hemos ido yo voy. Pero en todas, es que salud mental es transversal, no es como que vayamos por una cosa específica.

Pregunta: (y hay alguna que te haya llamado la atención que te haya gustado o que haya sido atractiva para poder replicarla acá o traer algunos elementos) ¿De salud mental, para el programa? . . . (Si claro transversalmente aunque fuera con personas, con el tema de parto ya que también hay tema de salud mental ahí o sea o lo que fuera en el fondo. ¿Hay alguna experiencia que te ha llamado la atención para traértela para acá?).

Respuesta: Creo que todos los que hemos visto siempre ha sido muy atractivo, siempre como que encontramos cosas, creo que. . . . (Algunas que han replicado, que les resulte). Yo creo que de todo sacamos algo y ellos también sacan algo de nosotros, Porque si bien nosotros no estamos ahora después de un buen tiempo por temas políticos, se ha cortado la relación con las comunidades pero después de un tiempo para nosotros dejamos de trabajar más pa afuera con la comunidad pero seguimos trabajando acá adentro arto.

Pregunta: (Y de la relación con la comunidad, por qué se ha cortado, Qué es lo que ha pasado ahí).

Respuesta: Ah, pero por los cambios de admiración, que no quieren conversar con la gente, porque le tienen miedo a las comunidades. Sin ir más lejos nuestros directores empezaron a retomar los diálogos desde, a ver. . . . (Pensativa de los tiempos) antes del estallido se había cortado todo mucho antes, mucho rato, de Bachelet pa delate, no tiene que ver con un periodo específico de gobierno, es como que echamos este hospital en crisis y de ahí la han hecho el quite a las comunidades, entonces lo que se ha avanzado en el trabajo con comunidades para el ejercicio del trabajo de salud, ha sido el trabajo que han buscado entre las comunidades, funcionarios y los trabajadores, pero lo que es político lo evitan hace muy pocos empezaban a conversar de nuevo, lo conversan con la gente que les dice que si a todo, no conversan con todas las comunidades. Entonces igual es

un rollo súper manipulador por decirlo así como que tenemos pertinencia y estamos trabajando con todas las comunidades, pero en verdad no conversan con todos, conversan con los que le dicen más que sí, es mi opinión personal.

Y en lo personal, como te digo, en lo que se ha avanzado en el trabajo para la prestación de salud ha sido por interesante de los funcionarios como del usuario pero no de nuestra jefatura, por eso sí es importante que haya gente que hay con ganas de hacer esa pega y ya se ha avanzado, no porque nadie nos ha obligado a sacar los protocolos que tenemos, el protocolo de placenta no sale porque la dirección se le ocurrió, porque los funcionarios conversando con los usuarios se hizo digamos.

Pregunta: (¿Y qué pasaría si existiera un equipo especializado en temas de salud intercultural en salud mental que ese equipo esté orientado específicamente en una atención, cómo lo verías eso o sientes que todavía que todos tienen que participar con la atención a chileno, a población Mapuche o más rural, cómo lo verías eso de hacer un equipo especializado. A propósito de los registros, por propósito de la estrategia de trabajo).

Respuesta: Si porque debieran tener otro tiempo para atender, no sé si, yo creo que no es real no va a ser posible tener un equipo especializado, un equipo aparte. Creo que tenemos que avanzar para que nuestros pacientes, nuestros usuarios Mapuche, sean bien tratados por todos los estamentos y por todos los programas, por donde ellos tienen que transitar digamos. (Claro, pero cae en ésta no diferenciación, o sea, está bien el trato, pero otro tiene que ver con la estrategia de trabajo que habitualmente suele homologar a veces como que la forma de trabajo con una población no se diferencia tanto de la otra en el fondo). Conociendo la realidad, estamos a años luz que algo así pueda pasar. Por eso como que no me atrevo a decir que sería bueno. Como que no quiero ni soñar mucho en esto. (Como se lo tomarían las comunidades que haya un equipo exclusivo que trabaje con una comunidad X). Yo creo que bien pu, porque les parece significativo tener siempre su equipo. (A propósito de la relación que uno dice). De hecho ellos lo tiene identificado, nosotros no tenemos un equipo formado, pero ellos saben quién es el psicólogo que atiende en las comunidades y también quién es la matrona, de hecho llegan acá buscan a ese equipo, como que está especializado pero por qué un tema de sensibilidad que tenemos (pero además al parecer lo que yo entiendo es que buscan estabilidad o sea que sean, no sé por las tres personas que llegaron ellos son la matrona, el psicólogo o la asistente social, ellos trabajan con nosotros) yo creo que sería bueno, pero estamos a años luz para hacerlo, siendo súper realista, con todo lo que ha costado que al menos facilitadores, asesores, allá. Nosotros hemos pedido que allá, por ejemplo, en ese equipo un trabajador social. (¿En el equipo?) En el equipo intercultural, exclusivo, porque los usuarios igual piden arto trámite, informes, gestiones, como más técnicas. (Porque ahí XXXXXX está. . . . XXXXX y pero trabaja también como XXXXX. XXXXXX) son los asesores y facilitadores también. Y los facilitadores que andan dando vuelta (y nadie más, ellos son tres no más) si los cuatro los otros cuatro porque andan dando vuelta en este rato después de la pandemia, los distribuyeron son cuatro facilitadores hay dos que cada cierto tiempo están más visibles, XXXXXX que están ahí y dos que están en otras unidades, y están tan cómodos en la otras unidades que no se si ellos van a

querer volver. (Oye y este equipo que me contacte reciente que como que hace la interpretación de las solicitudes, cómo se llama, cómo le llamaste, no me acuerdo como le llamaste. Tú me dijiste que claro que hay un equipo, hay un grupo de personas como que hace la solicitud de los requerimientos) el empleado, el empleado dividido en subunidad, cada subunidad sistematiza sus trabajos su experiencia. El ampliado está compuesto por gente, no Obligada por la institución como que nosotros decidimos estar ahí cachais, representamos distintos estamentos y distintas unidades pero porque nosotros decidimos eso no porque al hospital le importe, lo que hemos ganado en el tiempo es que nos den tiempo para eso pero yo tengo asignado de hecho esta hora es de intercultural. Tengo horas semanales para estar ahí y puedo participar en las reuniones mensuales de ese equipo, eso es lo que nos garantiza el hospital. Hemos ganado. Pero porque nosotros lo pedimos, no porque al hospital le importe.

Si el hospital quisiera, esa unidad sería la llamada equipo especializado en la atención de pacientes Mapuche, porque el que está mejor preparado y el más sensible y el que hace la pega de sensibilizar a los demás o a través de sus conexiones con los otros estamentos, los trabajadores de distintas unidades. Somos los sensibilizadores permanentes. (Sí, te entiendo, te entiendo).

Pero el más especializado sería ese equipo como el llamado a atender. Y yo creo que es el equipo que efectivamente la gente identifica y busca también, cuando la comunidad busca una nutri, es la nutri de esa unidad. No es como cualquier nutri, porque justamente son las más sensibles, las que hacen las actividades. No se pu, las nutris tienden a cargo los Trafkin (actividad cultural Mapuche) en el año. Los Trafkin son súper interesantes porque viene gente de comunidad. De hecho, hace poco hubo. El último fue el cinco de septiembre. Y viene gente de comunidad y eso lo hacen las nutris cachai, pro no cualquier nutri, la sensible y eso no lo pide el servicio, la jefatura, es algo que surge acá o en el camino. Cuando esas nutri no estén, no hemos tenido otras. Nos ha pasado con los Kines, los kines han tenido rotación porque tuvimos uno muy muy sensibles, despues lo cambiaron y los otros como que me los gustan mucho, como que igual les da lata. Interesante porque trabajan con los componedores y los componedores, han buscado dialogar con los kines y con los traumatólogos, entonces es súper interesante lo que ha pasado ahí. (Pero ellos no quieren, varios no quieren). No, que es como hablar con los viejitos tanto raro, las hacen largas, eso dicen la hacen larga los viejitos, si pu, la gente de comunidad tiene otro ritmo. Otros protocolos para socializar y confiar finalmente para poder hablar finalmente.

La previa es importante. La previa siempre es más larga, pero también porque genera la confianza, la confianza, si tampoco. . . hola esto es, esto me pasa, esto hago yo, no pu, (está muy enfocado en la tarea) siempre, casi siempre, los joven también son así (como enfocado en la tarea, hago mi pega y me voy). Sí. Harto de eso no tanto compromiso con los usuarios.

Y la visión (y eso no tendría que ver con el perfil de la gente que incorporas, porque tal vez no tendrías que sensibilizar tanto si la persona tiene el perfil que debe tener ese componente de sensibilización del tema Mapuche no debiera uno sensibilizarlo tanto en el fondo, más bien lo que debiera cuestionar es, porque tengo que sensibilizarlo a usted si usted cuando lo contraté . . .) pero nadie cobra eso y nos ha pasado, esto lo he visto, cuando tú lo entrevistas para el concurso,

son capaces de decir que son Mapuche, que su vida ha sido de comunidad, que son súper respetuosos y en pocos meses son capaces decidí hacer comentarios de lo más racista del mundo y nadie, eso no lo evalúan como negativo la jefatura. (Wow, ya). Nadie le hace como un seguimiento a eso, de hecho nos hemos encontrado con gente que dice que es de comunidad y de verdad y yo les creo que por sus apellidos y después son los más racistas, (porque los que seleccionan son los mismos de acá, son los psicólogos de acá) no la misma unidad. La unidad de psicología que evalúa la parte como, es del servicio.

Pero acá, se hacen entrevistas locales, cuando está la jefatura y siempre hay alguien de la intercultural. Siempre se les preguntan, si sabes dónde están, dónde están llegando y cuáles son requerimiento de la población Mapuche siempre y son capaces de textual, decirte cosas como significativas, importantes y valiosas, pero poco tiempo que lo olvidaran. La entrevista no más y después como del discurso al hecho, no es (chuta). No hay, no hay como condiciones. (Claro que eso he notado que en el fondo tanto ustedes como la unidad de salud intercultural, cada cierto tiempo invierte mucho tiempo en sensibilizar a la gente). Sí.

De hecho, de esa aparece esta su unidad que en sensibilización (una de las primeras estrategias que usó el programa origen fue esa) siiii (si, una de las primeras estrategias que usó fue sensibilizar a los funcionarios, de hecho estaba como estipulado. O sea, de pasar de decirle mapuchito, tiene que decirle Mapuche, que no tiene que decir mapuchito, No es niño no es nada en el fondo y claro se sensibilizó a todas las personas que atienden público en ese tiempo, o sea lo mismo que están haciendo usted ahora, esto era hace veinte años así), pero sabes que no lo hacemos a veces no más, lo tratamos de hacer siempre, si hay una crisis más todavía si hay una crisis porque hubo una situación con un paciente de Mapuche, con mayor razón llegamos. Cachai, vamos siempre que podemos.

Y les digo cada cierto tiempo, que tengo que aprender a limpiar los lentes, no siempre van a averiguar a propósito de cómo llegan y cómo se empiezan a complicar en el camino a veces. Que reclaman que la discriminación positiva y que porque aquí, porque allá, entonces cada cierto tiempo hay que limpiar lo lentes pu compañeros, entonces vamos a hablar de esto y esto otro.

(Y en el caso de los médicos como lo hacen ahí, porque claro en el fondo llegan médicos ahí y faltan médicos). No, los médicos son un poco. . . Como podría decirte. No se hace una selección de preguntarle oiga usted). Los médicos no tienen selección acá, tienen selección en el servicio, en el ministerio, no sé, no sé, aquí nunca, nadie, nunca ha contratado un médico (si son general de zonas llegan porque se ganaron algunas plazas de otros lugares). El servicio no tiene que ver con nosotros. Lo que sí se las hace, se invierte hartito en capacitación, y sensibilización con ellos, pero en general participan. . . pueden ir, pueden estar todos, pero van a estar en silencio, no sabes que está pensando. Este año que llegaron los nuevos de este año, primera capacitación, uno hablo después hicimos wetripantu, celebramos como hospital y bailó y pero hace poco se agarró con una familia Mapuche completa y la familia estaba pidiendo su cuello, poco pertinente. Ahora, él habló, dijo que él tenía cercanía, el bailó choike purrun (danza que la persona simula un ñandú) y le puso todo su color, todo su nehuén ahí.

Entonces creíamos que pintaba pa bueno, pero hace poco tuvo una familia que lo

acusó de maltrato y racismo. (Era uno que llegó de Carahue o Temuco) No. El no sabe nada de intercultural, se declara que no cachar nada, este viene de Santiago. Y ésta persona cada cierto tiempo se cae, va a las reuniones de médico y se le piden cinco minutos para hablarle de la sensibilización, de la importancia del trato y ellos siempre reclaman, alguno puede decir como honestamente lo que reclama en otros estamentos pero con qué tiempo si nos dan doce minutos para atender, quince minutos para atender, quince minutos para atender, quince minutos. (Claro, claro, claro). y sí, está ese rollo que nos piden hacer pertinencia los usuarios y sabemos que es importante que sirve pero el ministerio nos dice que no tenemos tiempo para hacerlo, cachai. Entonces igual nos juega en contra, pasa con el trabajo comunitario, prevención o promoción de todas estas cosas, lo que te decía de antes. (Sí, sí, sí. Guau). En crisis. (Siempre están como colapsados igual). Siempre estamos colapsados o por lo individual y por los registros. Cuando por ejemplo nuestro foco es fuerte afuera. Prevención comunitaria (lo comunitario) claro lo comunitario. Y es bacán. Y porque vemos muchas poblaciones además (por eso que la gente se reclama que me ven una vez al mes) pero acá no alcanzamos, tenemos que verlos a todos, pero vemos una vez al mes, nosotros lo menos que tenemos como psicólogos son cada quince días.

(Y la gente que está más en riesgo, más complicada y todo, que requiera a lo mejor más frecuencias, se pueden dar el espacio también, no les permiten acá darse el espacio). Nos permiten, pero en el fondo queda como no no nos dicen que no, pero a veces tenemos nosotros que hacer ejercicios de mover algunos pacientes otros, menos urgentes, para darle prioridad a los urgentes. Es una pega que XXXXXX, XXXXXX

Pregunta: (Oye XXXXXXX).

Respuesta: Lo que pasa es que antes el dos mil diecinueve, siempre eran los médicos los jefes de PROSAM. Y el médico jefe de PROSAM, hacía como jefe de estamento de psicólogos también. Ese médico, esa figura. Y yo la verdad es que ese tiempo XXXXX, entonces en el dos mil diecinueve XXXXX, esto no podía ser, como vamos seguir con médicos que no saben lo que hacemos. Bueno siempre lo reclamábamos, pero no nos habían dado el espacio y en el dos mil dieciocho se empezó a dar un rollo de que hubieran referentes de estamento, pero de todos los estamentos, porque todos los estamentos empezaron a arreglar, porque los médicos van a ser nuestra jefatura, sino saben lo que hacemos, más los médicos de este hospital que están en tantos otros lugares, que cuando lo necesitamos. . . . (Tienen un poder importante, entonces). Tenían, pero eso viene de lo antiguo, del modelo biomédico.

(Claro), entonces como de los distintos estamentos empezamos a reclamar que eso no se diera, que ellos no fueron los jefes porque no nos podían evaluar; cómo nos van a evaluar si no sabe lo que hacemos y no nos vemos, a veces no nos vemos, a veces no nos vemos nunca, a veces nos vemos a través de las fichas, pero no nos vemos mucho. (Pero se tenía que reunir para coordinar, me imagino algo). Entonces era como mal, la gente venía quejándose. La vez que se venía quejándose desde que se instala el modelo de salud familiar, que fue en el dos mil nueve, te dije el dos mil nueve. (Sí). Desde ahí que se empezó a reclamar el tema del cambio de jefatura. Aun así nos costó, llegaron los coordinadores, a los distintos sectores, pero no tenían posibilidades, no tenían, no podían ejercer

jefatura con nosotros, no nos evaluaban, los que mejor nos conocían no nos podían evaluar, porque tenían que seguir siendo los jefes de programa, cachai como se quedó de la parte atrasada, de la parte antigua, entonces como que costó como hartos años que se volviera como. . . yo creo que era en dos mil diecinueve, yo creo que era en dos mil catorce, dieciséis, por ahí, en ese lapso como que se permitió finalmente suspender la jefatura de los médicos y que quedara en lo coordinadores como jefaturas administrativas y los referentes como jefaturas técnicas. En un inicio. Hoy día las jefaturas técnicas somos también jefaturas administrativas los referentes técnicos somos referentes administrativos (o sea, XXXXXX).

Sí, pero dos sin horas pu. (Sí, sí, sí). En algunos estamentos grandes, por ejemplo las enfermeras y las matronas tienen supervisores o referentes de jornada completa para la gestión, pero la nutris y los trabajadores sociales y los psicólogo no, seguimos siendo de la tercera categoría cachay. Los biomédicos tienen jornada completa pu, para hacer pura gestión y yo termine de ver pacientes, yo tengo oficialmente una hora, tengo tres horas semanales pero no me da porque lo demás quitar harto tiempo. Cachai que llega un colegio, llega un liceo, que hay que coordinar acá, que hay que coordinar allá, que las metas, que la agenda (y la agenda la organizas tú, la gente te la propone) lo vemos con los colegas y XXXXX, XXXXXXX. XXXXXXX. . . .Todos tenemos que hacer esta pega justo, que pensarlas juntos, que es lo mejor para ese sector, que es lo mejor para ti también. ¿Cómo te acomodai ahí?. Tenemos un equipo al menos dos psicólogas antiguas y una tercera que se acaba de ir, quedamos como lo más antiguo.(¿Y cuántas personas son en total?)En este rato, los psicólogos de la aps somos seis (seis psicólogos en éste hospital completo) en la aps no más. Uno que trabaja exclusivamente para el programa de demencia. Una que trabaja gran parte de su tiempo para el trabajo promocional y de coordinación con la red y los demás que estamos haciendo un poquito de todos los box y red.

(Y el resto de los profesionales del PROSAM, las asistentes sociales se reparten para otros programas) si pu, ellas son transversales para todos los programas, no tienen tiempo exclusivo para nosotros. (Y los médicos también se reparten). Lo mismo, lo mismo. (Que otro profesional está) con nosotros (terapeuta ocupacional hay, no hay) no, no tenemos ninguna posibilidad, ni el hospital, el hospital con mucho dolor, con mucha pelea (como en el encuentro había un terapeuta ocupacional) si pero ese después de muchas peleas, le tocaba todo el hospital, le toca Chile crece, como la gente de demencia, como la gente de no le toca la escoba, le costó que llegara, costó mucho, mucho, mucho, o sea pa salud mental no hay ninguna posibilidad(cuarenta y cuatro horas debe tener pa todos en el hospital) No ni siquiera, creo que tiene veintidós acá, y veintidós en Lebu. Entonces, no son todos los días que está acá, lo mismo con un fonoaudiólogo, también tiene media jornada acá y a otra en Lebu. (y que otro profesional más está en el programa) En el nuestro después de mucho tiempo patalear también una TENS. (La que estaba Fernanda) pero es un contrato súper malo, es una compra de servicio que se vence cuando se nos acaba la plata y se no acaba ahora en octubre, una platita que teníamos y ella igual es un apoyo fundamental porque nos ayuda con todo lo que son los rescaten de pacientes, pacientes inasistentes que dejan de venir, visitas que no logramos concretar, entonces es

fundamental. Así que eso (súper súper súper y la enfermera transversal) nunca hemos tenido antes, Sí, antes tuvimos cuando estábamos en la casa del PROSAM donde hacíamos todo teníamos una tens y una enfermera jornada completa, incluso tuvimos horas de una matrona y algunas horas de una nutrióloga pero después (O sea, el cambio o les favoreció) O sea, éramos un puro programa (el transversalizar todo en el fondo también depende de la persona que le interesa el tema también). Pero no tenemos plaza para eso, no tenemos brecha, porque no, nos contó un montón tener nuestra quinta psicóloga que es la del trabajo promocional. (Ya). Esa fue por gestión mía del dos mil diecinueve, y peleamos porque la necesitamos, necesitamos, necesitamos, salir de los box y salir más a la comunidad y recién se concretó el año pasado, la Yanina es nueva. (Wow), y el colega de demencia llegó por el ministerio el XXXXXX como de regalo. Al servicio se le ocurrió. Pero a ellos se les ocurrió (pero es ley) pero a ellos se les ocurrió. Porque nosotros vamos a ver como de todo pu. También vemos demencia. No esta dividió a la población por temas. Vemos de todo, de todo, niños y adultos (ese colega está cuarenta y cuatro horas también) si, Y nos apoyan con horas extras en el PROSAM. (Ya). ¿Cuánto puede? (risas) pero así como 17:00 a 20:00 horas algunas veces por semana.

Oye, con él, muchas gracias, yo creo que estamos y muchas, no, está, todo está muy bien, de hecho podríamos seguir toda la tarde, creo porque pero claro, pero por tu tiempo también, ¿Qué hora es ya? Va a ser la una, yo creo. No son la una, pasadito la una, gracias por tu tiempo. No pero súper bien de hecho duró una hora y media la entrevista.

Especificaciones Notas de Campo

Datos de identificación

Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	Lunes 23 de octubre 2023
Hora de inicio	10:39 am
Hora de término	13:30 pm
Tiempo observado	2:51 hrs.
Número de personas	
Ubicación geográfica	Hospital Kallvu Llanka
Contexto	Sala de espera hospital
CÓDIGO	OE

Croquis – fotografía del lugar





Registro de las propias observaciones y acciones

Inicia la jornada con la coordinación con el encargado de la unidad de salud intercultural en donde se le pregunta a posibilidad de entrevistar XXXXXX día de hoy lunes 23 de octubre y con dificultades para hoy, XXXXXX.

XXXXXXXXXX

XXXXXXXX se consulta por el seminario de salud intercultural y XXXXXX explica que hay cuatro momentos, que contempla una exposición del abogado del Servicio de Salud Arauco, la exposición de un Nguempin XXXXXX persona que posee conocimiento Mapuche una especie de sabio, una experiencia de salud intercultural en la comuna de Puerto Montt y finalmente, una evaluación final del seminario.

Posteriormente me dirijo al edificio F al sector de sala de espera para realizar algunas observaciones, en dicho espacio se observan 16 personas entre adultos y niños, se observan 2 niños. Tres personas ubicadas en el sector del SOME, recordar que cada Ruka como le llaman tiene un SOME, estas personas están riendo y con una positiva actitud, hablando y riendo, proceden a acercarse a la sala de espera. Por el pasillo entre el SOME y la sala de espera transitan personas y algunas se acercan al some, se observa bastantes personas tanto en el pasillo, esperando ser atendidos en el SOME y sentados esperando su atención en el sector de sala de espera o RUKA F. La personas sentadas en una actitud paciente y ordenada esperan en silencio, muy poco ruido en el lugar, todos muy reservados.

Las personas son llamadas por los profesionales una a una y comienzan a acercarse al sector de los box, que queda pasando una mampara de vidrio, todos son acompañados por los funcionarios de salud del hospital.

Una persona discute con su marido brevemente, la situación se resuelve rápidamente y todo vuelve al silencio.

Se observan en la sala de espera personas de la tercera edad, adultos de edad media, jóvenes y niños, todos muy abrigados con ropa de abrigo, chaquetas gorros que lo protejan del frío, el día se encentra nublado y frío, el hospital se encuentra calefaccionado.

Continúan a viva voz llamando los profesionales a las personas. Una mujer al ser llamada asiste a su madre que se dirige a su atención, la acompaña del brazo, es una persona adulto mayor.

Se observa que a pesar del movimiento de personas, la rotación, que son llamados, me llama la atención que todos permanecen en silencio y tranquilos, algo distinto a salas de esperas de hospitales urbanos. Nuevas personas siguen llegando hay una alta aglomeración de personas sin embargo el espacio es adecuado y todos logran estar sentadas o de pie pero cómodas.

10:51 – Llama a un paciente para la atención una técnico paramédico, que se distingue por su uniforme.

10:52 – Llama a un paciente, una madre joven con su hija una enfermera, que se distingue por su uniforme. Esa es la frecuencia de llamado cada un minuto, cada dos minutos, no sobrepasan los tres minutos.

Las personas que fueron controladas vuelven a la sala de espera por su pronta atención. La madre joven con su bebe vuelve a la sala de espera. Las personas del SOME van llamando a las personas.

Los paramédicos llaman a la atención a las personas por su nombre.

El número de personas en estos momentos es de 28 personas. Se llama a dos personas seguidas de apellido Mapuche, también alguna personas se retiran por que han sido atendidas.

Se incorpora un guardia al sector de ingreso de atenciones, de chaqueta roja y se sienta en una silla dispuesta para él frente a la sala de espera al ingreso de la mampara que separa de los box de atención, se ve que controla el ingreso y los funcionarios siguen llamando a personas para sus atenciones.

11:28 – me dirijo al sector de la farmacia ala norte del hospital a observar. Me siento en una de las sillas habilitadas para el público frente a las ventanillas de atención, en donde se observa que existen tres habilitadas, cada una está siendo atendida por uno o dos funcionarios. Se observan 30 personas en lugar algunas sentadas, otras de pie esperando y otras en algunas filas esperando alguna atención, ya que existe otras ventanillas alrededor que tienen una función distinta que la farmacia, por ejemplo gestión de interconsultas, solicitud de horas de especialidad entre otras.

Un monitor grande orientado al público que indica el número de atención que corresponde para dirigirse a su atención y por tanto a la ventanilla.

Un letrero indica el nombre de farmacia en español y otro en Chedungun, y dice Farmacia: Welliñ Lawen.

A viva voz y por alto parlantes, que por lo demás su volumen es bastante alto, va llamando los números a su atención, números de papel retirados por los usuarios por medio de un dispensador.

El lugar en general es amplio y luminoso, con grandes ventanales a los costados y bastantes sillas para la espera.

Un guardia se encuentra en la sala frente a los usuarios, vestido con un chaleco antibalas rojo.

Una niña juega en el piso mientras la madre la recoge. Tranquilamente la gente se va acercando mientras son llamados por altoparlante.

Una funcionaria amablemente atiende a un usuario, el guardia amablemente orienta a un usuario en sacar número para retirar sus medicamentos, la persona se encuentra embarazada se acerca al sector dispuesto para retiro de la leche que se encentra a la derecha de las ventanillas orientadas para el retiro de medicamentos, rápidamente las personas van pasando en la medida que son

llamadas, varios números no asisten, en el lugar hay bastantes personas que rápidamente ocupan el lugar del que no asistió.

A través de las ventanillas de retiro de medicamentos se aprecia como los funcionarios rápidamente van resolviendo los pedidos, preparando los sobres de papel para ser despachados, el lugar no es muy grande. Se observan los estantes y recipientes plásticos en que se encuentran las cajas de medicamentos, son de color azul, se observan cuatro funcionarios que van organizando los pedidos de medicamentos. Es un lugar bastante concurrido y de rápida atención, bastante movimiento de personas, bastante rotación de personas. Las personas se muestran tranquilas a pesar del alto movimiento de personas, pacientes en la espera, muy amables entre ellos, así también con los funcionarios que los atienden.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	Martes 24 de octubre 2023
Hora de inicio	8:00 hrs.
Hora de término	16:30 hrs
Tiempo observado	8:30 hrs
Número de personas	Flujo de 30 personas
Ubicación geográfica	Localidad Reputo
Contexto	Operativo profesional – médico sector azul hospital localidad Reputo
CÓDIGO	OOA
Descripción de escenarios y actividades	
<p>La actividad se enmarca en las visitas mensuales o bimensuales a distintas localidades del radio rural que realiza el sector azul coordinados con la directiva de la comunidad. En dicha instancia participan distintos profesionales de la salud entre los cuales podríamos mencionar: médico, matrona, nutricionista, trabajadora social, psicólogo, profesional dental, técnicos paramédicos, enfermeras entre otros, en este caso un grupo de 12 profesionales. Se cuenta con un móvil dental, un móvil de control ginecológico y transporte para trasladar los profesionales. En dicho espacio el flujo de personas es de aproximadamente 30 personas atendidas. Se desarrollan actividades de prevención, promoción, controles médicos y en el caso e salud mental actividades preventivas de apoyo y orientación.</p> <p>El lugar en donde se realiza el operativo es en la comunidad de Reputo en una escuela desocupada la cual han habilitado como sede social y se cuenta con un amplio espacio, sin embargo no diferenciado o privado. Las únicas instancias privadas son el móvil de atención dental y el móvil ginecológico. En el caso de la actividad de atención médica se ha dispuesto un biombo y no se cuenta con una camilla, solo una mesa y sillas. El resto de profesionales, trabajadora social, enfermeras, nutricionista, y técnico paramédico comparten espacios y se deben adecuar.</p>	

Croquis – fotografía del lugar





Registro de las propias observaciones y acciones

Martes veinticuatro de octubre, nos reunimos con el equipo del sector azul a las 8:00 hrs en dependencias del hospital, edificio F, el equipo de profesionales será trasladado por un vehículo del hospital a la localidad de Reputo, se observa que se deben llevar camillas, aparatos de presión y en general insumos para la atención. La actividad es liderada por la coordinadora el sector azul, la XXXXXXX. XXXXX ofrece llevarme en su vehículo, a lo que acepto. Asistiremos un total de 10 a 12 personas al operativo, la mayoría profesionales del sector azul.

En el trayecto a la comunidad nos encontramos con el móvil de dental y al llegar se encontraba el móvil ginecológico.

El lugar de la atención es un colegio en desuso y que le faltan varias reparaciones, y es utilizado por la comunidad para realizar distintas actividades de su organización, entre ella actividades culturales, capacitaciones y reuniones.

Al llegar nos recibe el dirigente de la comunidad, el cual es muy amable y colaborador, el coordina el orden del lugar, la limpieza, la comida y todos los aspectos logísticos para generar las mejores condiciones para la atención.

El lugar se encuentra calefaccionado, y se disponen distintas mesas en forma de U y un biombo para la atención médica, una mesa par material de promoción,

principalmente de salud mental.

En el operativo del Hospital Kallvu Llanka se puede observar un despliegue del equipo conformado por nutricionistas, asistente social, psicólogos, médico matrona, dentista, cuentan con dos móviles, uno para dentista, otro para matrona, el cual se han desplegado en un en una sede de la comunidad, un antiguo colegio, antiguo, en un espacio abierto, en una comunidad que no cuenta con tantos habitantes pero si es un espacio, un campo bien grande hay harta dispersión geográfica, las familias se encuentran distante, una de las otras y el dirigente se ha dispuesto a colaborar y todo incorporando desayuno, almuerzo, apoyos.

Ellos son una directiva nueva que está trabajando este año y como parte de los compromisos es coordinar este tipo de rondas. Al parecer el dirigente comenta que las personas son un poco reacias a atenderse a pesar de que los profesionales vienen al lugar porque al parecer no existe como la cultura de poder acudir. Esto ocurre principalmente en esta comunidad, en otros lugares, al parecer ha existido mayor concurrencia de las personas y lo que se observa es que cada cierto momento vienen diez personas, quince personas, ese es como el flujo cada una hora o cada dos horas un flujo lento las personas se muestran muy tranquilas, muy amables, muy dispuestas a colaborar, todo muy tranquilo, se observa también que hay mucha disposición de la directiva de la comunidad, cuentan con platos, con tasas, para poder atender con un café, alimentos para desayunar tanto para la comunidad como para los profesionales, o para las personas que asisten en general y las atenciones se han ido dando normalmente como con mucha disposición, los profesionales se muestran muy atentos con la comunidad muy cordiales, y esto se desarrolla todo el día y un almuerzo a mitad del día y posteriormente terminará como a eso ahora de las cuatro de la tarde.

Durante la mañana me dispongo a desarrollar los grupos de discusión que dura alrededor de una hora, temprano en la mañana ya que son las personas Mapuche que más temprano asisten a la ronda.

Son cerca de la una de la tarde, doce cincuenta y cuatro y la ronda de la jornada de la mañana ha finalizado, todo muy tranquilo, los profesionales están descansando, tienen una conversación fluida, y mientras tanto la directiva y parte de la comunidad organizaron un almuerzo como una forma de agradecer a los funcionarios que se han desplegado el día de hoy, se atendieron aproximadamente como treinta pacientes en la mañana y ahora se va a hacer una pausa y las atenciones se van a retomar a las dos de la tarde. Eso. En la tarde van a ver siete pacientes, ocho pacientes no más que eso que se han programado.

A las 14:00 hrs se retoman las atenciones, se observan siete controles médicos, las personas son atendidas en un espacio en que hay un biombo y primero los paramédicos antes de ingresar toman la presión, control de temperatura y registro de signos vitales en general. La asistente social atiende algunos casos coordinada con otros profesionales y el psicólogo refiere que su rol habitual en éstas actividades no es atención directa sino más promocional, desarrollo de charlas, talleres breves mientras se realizan las atenciones. El día anterior, debió venir a la localidad a repartir horas y confirmar la asistencia, va casa por casa promoviendo que las personas participen. Se ve que su rol es de apoyo.

El presente día ha apoyado en la conformación del grupo de discusión para la investigación y además ha brindado una pequeña entrevista en donde me cuenta

sobre el funcionamiento del PROSAM y el sector azul.

Se observa que la matrona es activa en promover una serie de prestaciones, controles preventivos de cáncer cervicouterino, revisión preventiva de mamas, acciones preventivas de cáncer, pasa volantes en la medida en que las personas se van atendiendo, el psicólogo también es activo en conversar con las personas, pasar volantes y promover atenciones de salud mental, principalmente alcohol y depresión.

Finaliza la actividad con los agradecimientos de una usuaria que quiso dar su testimonio y agradecer:

Persona de la localidad: Me saco la mascarilla mejor cierto. (Sí, claro). (Cuál es su nombre) XXXXXXX.

Pregunta: (señora XXXXX, cuéntame qué le apareció que hoy día profesionales del Hospital Kallvu Llanka la hayan atendido, que le pareció, le gustó, cuénteme).

Respuesta: En primer lugar, muy agradecida que hayan venido acá, sobre todo a todos los vecinos, porque igual se hace difícil, por ejemplo hay gente que no tiene el tiempo, a veces la locomoción, y es una gran ayuda que hacen para todos nosotros.

Pregunta: (y usted cómo se sintió cuando la atendieron).

Respuesta: bien, cómoda. (Que fue lo que le gustó más de ésta situación). Todo, el ambiente, todo, porque todos los profesionales muy buenos para atender. (¿De dónde es usted?) De acá de Repunto (y cuánto tiempo viviendo acá) como siete años (de dónde vino originalmente) de Cañete, mis abuelos son de acá de Reputo, ya fallecieron y quedaron todos los hermanos de mi mamá acá y nos radicamos todos.

Pregunta: (y su familia también vino a la atención).

Respuesta: mi papá, sí, también, mi papá, una tía. (Y que les pareció la atención que le comentaban) muy buena la atención igual.

Pregunta: (y cuéntame, por qué se atendió usted, qué tipo de controles le realizaron).

Respuesta: Venía a saber un resultado del PAP y venía a saber un igual que andaba con dolor de cabeza, y todo, y mi papá que estaba enfermito igual.

Pregunta: (cuéntame y usted habitualmente cómo lo hace cuando por ejemplo los profesionales no vienen acá).

Respuesta: Es más complicado porque hay que llamar por teléfono, porque hay que pedir una hora médico, acá uno viene, tiene una hora lista, hay que levantarse más temprano, hay que pagar locomoción, la gente que no tiene, entonces son hartas cosas que complican.

Pregunta: (le gustaría que esto se volviera a repetir).

Respuesta: sí, sí me gustaría. (Y por qué piensa que a veces no vienen algunas personas) es que de repente la gente por la mucho las personalidades, porque la gente de campo es como más reservada alguna persona, entonces de repente. . . (Porque hubo algunas personas, pero me imagino que faltaron otras) faltaron algunas personas. (Le quieres preguntar algo, no nada, oye muchas gracias) ya de nada. (muy sonriente y en actitud de agradecimiento).

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	24 de octubre 2023
Hora de inicio	11:35 am
Hora de término	12:30 pm
Tiempo observado	
Número de personas	1
Ubicación geográfica	Comunidad Reputo comuna Cañete
contexto	Ronda salud rural - Reunión funcionario Hospital
CÓDIGO	OP1
Descripción de escenarios y actividades	
La reunión se desarrolla en el contexto de la ronda de salud rural en el momento de descanso y posterior a la realización del grupo de discusión.	
Registro de reunión	
<p>Hoy día es martes veinticuatro de octubre vamos a hablar con XXXX cuéntame un poco XXXX, de esto que habíamos estado conversando sobre funcionamiento del programa.</p> <p>Pregunta: De qué año está acá.</p> <p>Respuesta: bueno yo estoy del año dos mil doce. (Dos mil doce. Perfecto).</p> <p>Pregunta: y en el programa cuanto llevar trabajando.</p> <p>Respuesta: En el programa llego trabajando como diez año, en atención primaria. Perfecto.</p> <p>Pregunta: y cómo funciona el programa salud mental, cómo funciona las atenciones, cómo funciona esto de tema de la interculturalidad asociado al tema del programa de la salud mental.</p> <p>Respuesta: bueno el programa funciona gradualmente con tres profesionales ya, que se llama el PROSAM programa de salud mental, dónde están los médicos, los asistentes sociales y los psicólogos ya, entonces se trabaja de manera conjunta dependiendo de las derivaciones o de las problemáticas que presenten los pacientes los usuarios con respecto a los que me preguntan a la interculturalidad, nosotros hacemos atención cerrada en box ya y se le da la opción a los pacientes de atención con Machí esto se hace una derivación interna hacia el área intercultural donde ellos captan el caso y hacen la atenciones necesaria para llevarlo a Machi. (Perfecto, perfecto).</p> <p>Pregunta: Y esto lo hacen a propósito de que hay una orientación, lo hacen a propósito de que fue una propuesta de ustedes, se hacía de antes, desde cuando se hace esto.</p> <p>Respuesta: esto se hace de cuando comenzó el hospital intercultural. Ya, antes existió una unidad de intercultural, pero era más pequeña en el Hospital antiguo en el Ricardo Figueroa, pero no con esta temática de llevar a las personas a Machi o darle hierbas medicinales antes existía la parte médica más que nada.</p> <p>Pregunta: y cuéntame los pacientes con cómo decepcionan este tipo de atención qué es lo que te dicen qué es lo que hacen.</p> <p>Respuesta: la verdad que son pacientes que están dispuestos a esta atención</p>	

nosotros no es que lo obliguemos, le damos la opción cuando no quieren tomar medicamentos, también se le explica que existe la posibilidad de asistir a atención de una Machi ya y lo toman de buena manera porque también tiene que ver con un tema de creencia, entonces la persona va con su confianza y con el sentido de que se va a recuperar. (Perfecto).

Pregunta: Oye y para poder brindar esta atención ustedes se han tenido que ir capacitando o instruyendo, hay alguna orientación en particular, reuniones asociadas a la temática de salud intercultural.

Respuesta: Claro, si generalmente no están reforzando con reuniones, con protocolo donde se explica la forma de derivación y también instruyendo lo que es la cultura Mapuche porque hay muchos funcionarios que hay mucha rotación y al existir mucha rotación hay gente afuera que no está integrado en este modelo entonces siempre se debe estar educando a los compañeros explicando cómo funciona y para poder tener un mejor desarrollo en realidad y mejor llegada a lo que es la interculturalidad.

Pregunta: Y los profesionales cuando conversan de este tema como lo ven, qué es lo que opinan, cuál es el pensamiento crítico al respecto de esta situación.

Respuesta: el pensamiento crítico en realidad es que bueno, hay algunos que están como apoyan la interculturalidad y otros que sienten que la medicina occidental es mucho más certera, ya tiene que ver con los pensamientos personales de cada profesional en realidad, de lo que sienten que es mejor para el usuario (ya perfecto) (pero y si la persona quiere tener esa opción) se le da la opción (ya) pero generalmente hay áreas profesionales que se prestan más para la derivación, las matrona, los psicólogos, las asistentes sociales (Ya), son como las áreas que en aps se deriva más.

Pregunta: y hay una diferencia respecto del pueblo Mapuche, así como a los que son chilenos, se ven diferencias al atenderlo, en términos como a propósito del modelo de salud familiar, a propósito del modelo comunitarios, se hacen, se atienden de forma distinta. Hay una estrategia distinta.

Respuesta: No para atención nosotros por lo menos en box es la misma. (ya). Pero también se ve lo que es la parte cultural, o sea, se le dan otras opciones. Existe una especie de lenguaje entre comillas más que se debe abordar de otra forma no tan específico en la parte medicinal se podría decir o el tipo de enfermedades porque tiene otra visión del tipo de enfermedades, estamos hablando de salud mental entonces. . . .

Pregunta: como se toman los usuarios ese tipo de atención, cuando son derivados al psicólogo, alguien de una comunidad o alguien más rural, o por ejemplo alguien Mapuche, Cómo se toma la atención por psicólogo, por el asistente social, por el área de salud mental, cuál es la actitud que tienen ellos. Que es lo que entienden ellos.

Respuesta Es como un estigma, temor, como ir a una parte que no saben a qué van (perfecto Ya), una especie de temor y generalmente hay que hacer educación con respecto a eso.

Pregunta: Y cuál es el concepto que crees tú, qué has visto tú, cuál es el concepto que tienen ellos del tema de la salud mental.

Respuesta: El concepto es de poder, de que sienten que no está dentro de ellos, para ello no existe el problema de salud mental, generalmente están asociados a

otras cosas.

Pregunta: Pero, por ejemplo, los temas de violencia, lo que conversábamos recién, los temas que tienen que ver con el alcoholismo, por el tema de maltrato infantil, por el tema del ánimo. Claro, el humor que ellos le llaman.

Respuesta: El tema del alcohol es un tema súper importante dentro de la cultura Mapuche, un tema como lo conversábamos denante. Está como bien arraigado en ello y es como una forma, una solución, como decía un caballero denante, como de poder expresarse emocionalmente, porque se sienten que les da como una fuerza de poder liberar estas emociones y poder contarlas porque en realidad son súper, les cuesta sacar información, ya cuesta poder llegar como a la problemática que se presenta frente a la salud mental.

Pregunta: y eso cuando lo conversan entre los colegas, ustedes cuáles son las reflexiones que hacen respecto a eso, por ejemplo, de por qué alguien de esa cultura no expresa cuál es la hipótesis que llevan.

Respuesta: porque yo creo que la salud mental para ello no hay un tema como primordial ya siento que existen otras soluciones para ellos, hablando de las yerbas medicinales (claro claro) el poder conversar con alguien de confianza en su familia o cercano. Yo siento que no esperan mucho de los psicólogos, no esperan que sea algo que les vaya a solucionar la vida o que les vaya a cambiar su estilo de pensar (como que no asocian el conversar la terapia a la resolución de problemas) además somos personas desconocidas, aunque muchos piensan que un psicólogo es un profesional neutro y un profesional que le va a entregar herramientas en relación a salud mental, pero para ellos no lo ven así, lo ven como un tema más bien. Sienten que las personas más cercanas culturalmente a ellas, son más apoyo que alguien que algún profesional.

Pregunta: Oye y el área de salud mental, el área más profesional versus el área médica, hay diferencia ahí los profesionales del área psicosocial son muy distintos a los médicos se alinean en ese sentido, hay conversaciones.

Respuesta: En realidad trabajamos en equipo pero generalmente nosotros tratamos de separarnos un poco del tema Bio médico porque en realidad sentimos como duplas que somos que trabajan en duplas y se pueden mejorar muchas cosas sin ir a un médico o sin estar con medicina porque generalmente uno cuando deriva a médico, es porque espera que tú mediques al paciente y generalmente los patrones se repiten mucho del tipo de medicamento uno ya tanto año que lleva, como que va aprendiendo que lo que están dando y para que lo que es.

Pregunta: pero por ejemplo hay médicos que toman otra opción que a pesar de ser formados para indicar medicina, toman otra opción que promueven otro tipo de estrategia.

Respuesta: si Claro, hay médicos específicos que sí promueven la interculturalidad. Tratan los problemas de otra forma en vez de estar dando inmediatamente fármacos, que a lo mejor esta persona no va a tener esta adherencia al fármaco ya porque también se espera puede ser que esta persona culturalmente tampoco adhiera al fármaco porque no sea algo que se tenga uno dice tomate la pastilla todos los días por seis meses a lo mejor esta persona no está acostumbrada a este tipo de cosas no lo va a hacer también pasa con el alcohol porque con el alcohol nosotros cuando hemos tratado de hacer solucionar

alguien que tenga problemas con el alcohol de la cultura Mapuche, no adhieren a los tratamiento farmacológico, por ejemplo, la el disulfiran que generalmente se dan y se coloca el pelet, claro, generalmente se lo saca, o disulfiran simplemente se quiere tomar un día no se toma la pastilla.

Aunque tú los puedas educar explicar para que lo que es, pero no existe una adherencia aunque tú generes todo el refuerzo generalmente tenemos muchos pacientes que recaen al alcohol y siempre hay que estar haciendo como seguimiento como todo el año.

Preguntas: oye y alianzas hay con la familia o con la comunidad existe pa ese tipo de casos por ejemplo de apoyo.

Respuesta: claro sí pero también estamos viendo que igual son familias que como que el Mapuche igual, tiene como un tema de, cómo se podría decir, no es machismo, no es la palabra machismo, muy respetado de un hogar, entonces en el fondo se hace es como el pilar fundamental dentro del hogar, no se le contradice mucho tampoco no se le deja perfecto el consumo como algo (como algo normal), como que lo tienden a normalizar.

Pregunta: Oye, y cuéntame una cosa y como programa ¿Qué es lo que han pensado de cómo se debiera realizar? ¿Cuáles son las proyecciones que han conversado? ¿Cuáles son los sueños que aspira este programa en términos para que efectivamente funcione como intercultural en el fondo, a propósito del nombre del hospital y todo eso.

Respuesta: Sí, yo creo que en el modelo de salud familiar que se está incrementando de existir mayor trabajo comunitaria, lo que nos falta y no es porque los profesionales no quieran, sino por un tema de tiempo, porque existe tanta demanda de atención de atención cerrada en box, que da poco tiempo para hacer trabajo comunitario.

Pregunta: Y quién define esa demanda atención en box, quién define ¿cómo se define eso?

Respuesta: Es el modelo que trae salud familiar en el fondo, supuestamente de hace cierta cantidad de horas en atención en box, otras visitas domiciliarias y siempre generalmente la tendencia es más atender en box que más visita a domicilio, pero también tiene que ver por un tema de espacio en el hospital tiene que ver por un tema de movilización porque los lugares nosotros no es como va a salir de la ciudad caminar en una cuadra y no encontremos con un paciente, acá los lugares son extensos entonces claro una visita te puede llevar a un lugar en cuarenta minutos y una hora. Por lo menos en nuestro sector.

Pregunta: y cuéntame y ahí en ese sentido cuál es la proyección que han visto usted de cómo se podría hacer el trabajo para que verdaderamente bueno se hiciera más trabajo comunitario con el modelo salud familiar y con un enfoque más intercultural ¿Cómo lo ven? ¿Qué es lo que conversan ustedes?

Respuesta: Yo creo que nosotros debiesen existir una mayor alianza con el equipo de Intercultural. (Más alianzas ya) a trabajar en conjunto con el equipo porque en realidad nos daría la chance de tener más acceso también (y eso nos ha ido dando por qué razón qué es lo que pasa) porque la demanda la demanda de tanto usuario no te deja no te da el espacio como para poder y generar espacio más amplio para poder trabajar con el área intercultural (ya) ellos también igual tienen mucho trabajo. Me imagino que tienen otras áreas donde ellos

también están enfocados en otras actividades. (Claro, claro). Pero es el tema de los tiempos. Yo creo que lo que más. (Porque por ejemplo cuántas, cuántas horas trabajas actualmente) Cuarenta y cuatro. (Y de las cuarenta y cuatro horas cuántas horas destinas a trabajo administrativo por ejemplo) a trabajo administrativo son cinco horas ya cinco horas semana (y cuánta hora destinas a atención en box por ejemplo) en box son dos días enteros y otros días son dos días de visita pero hay un día de visita que puedo salir solo, que salimos con la dupla que ahí es donde aprovechamos el tiempo de hacer todas estas visitas más rurales, de poder integrarnos más en la comunidad y otra que trabajamos los días miércoles con todo el equipo donde está la nutricionista, la matrona, la enfermera en donde generalmente existe la demanda de ver su usuario (y eso, y eso van en conjunto a algún lugar específico, así que se van rotando la localidad). Claro nosotros tenemos un espacio físico en el fondo destinado, (ya) nuestro sector, que justamente tenemos el área más rural de Cañete, son las comunidades Mapuches y comunidades que también no son Mapuche pero que están fuera del sector urbano (ya perfecto) y ahí hacemos los miércoles ponte tú las atención con ellos, lo que necesitan ellos, porque el fondo las duplas psicosociales están para todos los otros profesionales generalmente ellos también captan problemáticas de Matrona, los PAP alterados, las depresiones post parto, el enfermero también capta depresiones, Edimburgo o problemáticas más sociales o la nutricionista también por el tema de peso generalmente gente con depresión, con ansiedad y esto caso hay que ir abordándolos rápido, porque también tienen sus metas (claro) estamos enfocados también en las metas, los Edimburgos tiene que ser en una semana.

Pregunta: y cuéntame y el grado de complejidad de los pacientes a pesar de que son atención primaria igual hay pacientes complejos lo que me estoy contando un poco.

Respuesta: Mira lo que te permite mucho en la cultura Mapuche es el alcohol, la violencia (ya) y depresión, son los tres focos más recurrentes, más recurrentes, los más frecuentes (y existe alguna estrategia para cada una de esas temáticas). Claro, ponte tú cuando vemos que son casos que ya no son para atención primaria, y que necesitan pasar otra área se deriva, se hace una interconsulta con médico para COSAM (ya) donde lo ve un psiquiatra y trabajan con un equipo ellos también tienen otro equipo multidisciplinario. Es que es más completo que el de nosotros, porque ellos tienen terapeuta ocupacional, un técnico en rehabilitación.

Pregunta: Y ese centro es salud mental comunitaria tiene algún enfoque intercultural también lo que se ve lo que tu observas desde afuera.

Respuesta: Si también tiene un foco intercultural y también trabajan con el área intercultural y como te decía un equipo más completo en el fondo, porque tienen otros profesionales que nosotros no tenemos (ya), como te decía los terapeuta ocupacionales, los técnicos en rehabilitación que también son súper importantes.

Pregunta: y ahí todos se suman a esta línea de trabajo intercultural o hay algunas personas que se desembarcan o hay algunas personas que no les gusta trabajar desde enfoque.

Respuesta: en COSAM lo desconozco (ya) los desconozco pero por lo menos puedo hablar de nuestro equipo, siempre hemos estado abiertos a la posibilidades de atención de la gente que quiera atenderse por intercultural, (ya

perfecto) (y con el equipo intercultural han desarrollado algunas coordinaciones, protocolos y cosas de ese estilo), los protocolos los hacen ellos (ya) en reuniones de salud familiar, generalmente nos entregan la información de lo que está avanzando, de lo que se está haciendo, o lo que hay que hacer. (Ya), o como derivar. (Y los conoce esos protocolos, sabes cómo son) claro lo entregan y lo informan la jefa salud familiar de cómo son las derivaciones generalmente, cómo derivar (ya y cuando me hablas de las jefes salud familiares, es como la jefa. . . .) es la encargada de salud familiar de aps, (a de aps hay como un encargado perfecto) hay una encargada que ella nos hace las reuniones cada dos meses donde nos explican toda esta área y si generalmente está intercultural explicando lo que se está haciendo y lo que hay que hacer o cómo abordarlos.

Pregunta: y qué pasa cuando en la estadística se ven mayores atenciones individual y no se ve reflejado un trabajo comunitario, cuando se encuentran con ésta contradicción que no es comunitario el trabajo, que es lo que se hace ahí, se cambia la estrategia, se quedan así mirándolo, las caras (risas) que es lo que pasa ahí, pensando en lo que me dices tú que gran parte de las atenciones se dan en box.

Respuesta: Sí en realidad, nosotros como trabajadores en el fondo hacemos lo que nos piden pero también uno se da cuenta que falta más integrarse más a la comunidad.

Pregunta: pero lo que quiero decir, la pregunta iba orientada a que si existe una capacidad reflexiva o critica de decir, oye cambiaremos la mirada, cambiemos de estrategia, dejemos la lista espera ahí, hagamos otra cosa.

Respuesta: Es complicado porque también hay una demanda alta de usuarios que no son Mapuches, y tampoco los podemos dejar de lado, entienden qué somos un hospital que es intercultural pero también, (atienden personas no Mapuches), claro y se puede decir que el porcentaje mayor es no Mapuche. (Y población migrante atienden también) Sí, generalmente ecuatorianos tenemos harto ecuatoriano. (Y el enfoque hacia ellos el trabajo es parecido al resto es más similar a lo que se hace con la población Mapuche) generalmente la última visitas que hemos hecho, las hemos hecho en un domicilio, para conocer más bien cómo viven, saber qué es lo que piensan, porque también ellos tienen su área intercultural, entonces también tienen otras creencias por la cultura, Que uno también tiene que ir aprendiendo también porque son cosas nuevas porque uno se encuentra con gente que llega de otros países, pero no por eso hay mucha información, de su cultura (y les ha costado esa situación o para adecuarse a esa situación) no no porque generalmente las visitas adquirimos todas las informaciones que es necesario como para poder trabajar, generalmente hablamos con la familia, generalmente cuando vamos, son familias numerosas que viven, (Cuántos viven), siete, ocho.

Pregunta: te quiero preguntar un poco de cómo . . .(risas, alguien se acerca a preguntar algo) un poco respecto por ejemplo la línea más política del hospital a propósito que son un hospital intercultural, la dirección o la subdirección se reúne con ustedes, le promueve ese tipo de instancias, lo conversan hoy hay una brecha mayor para llegar a la dirección.

Respuesta: la verdad es que nosotros como aps no tenemos mayor contacto con dirección, no porque en realidad la información la baja nuestra jefatura de

salud familiar, y no tenemos información de lo que pasa en el fondo en dirección, (o sea no se reúnen mucho con la dirección a conversar sobre estos temas) la jefatura si, ya cuando hay una situación específica si,(la jefatura te refiere a la médico de familia que hay, la persona que está a cargo) claro, ella es la que nos baja la información y el médico no haya nosotros pero ya están cargadas nuestra jefatura directa nos baja la información (y ella es médico) no ella es nutricionista, (nutricionista) pero ella está encargada de nuestra jefatura directa, nos baja la información las problemáticas que están sucediendo a nivel más de hospital. Pero nosotros tener relación con dirección y áreas política no, no tenemos. (Perfecto).

Pregunta: Y este tema ampliándolo a otros programas, se conversa, se habla, por ejemplo además del PROSAM me imagino con el área de las matronas o los kinesiólogos, los traumatólogos.

Respuesta: si pu ellos tienes también su área de tratamiento, es que todos los profesionales traten de integrarse como la cultura Mapuche dependiendo de su área, por ejemplo los kinesiólogos trabajan con los componedores de hueso, (ya), los validaban y tenían talleres con ellos por lo que tengo entendido. (Mira, ya), trabajaban con los componedores de hueso, y las matronas igual, con las parteras y nosotros en realidad tratando de sacar información de los Machi, cuando no hacen capacitaciones de intercultural, de cómo enfrentan las situaciones de salud mental.

Pregunta: y esas experiencias sistematizan, alguien la escribe cuando hay encuentro alguien lo graba y lo transcribe.

Respuesta: que yo tenga entendido uno va adquiriendo información mediante as capacitaciones que tenemos (ya) porque nos hacen muchas capacitaciones de intercultural, tenemos en el año se hacen muchas.

Pregunta: y además de las prestaciones que hacen usted hay algún un tipo de plan de trabajo o algo así como una propuesta de trabajo anual por temas en temas de interculturalidad.

Respuesta: No, no nos colocamos meta en eso, generalmente es como la demanda que se genera como anualmente, como que se va viendo día a día (como que no hay un proceso reflexivo ahí, como que están metido mucho en la demanda, en resolver la atención asistencial) claro generalmente cuando el encargado de intercultural a veces entregan gráficos de lo que está pasando en la reunión de salud familiar que te decía, cada un mes o dos meses, ahí van entregando información, pero no es que nosotros tengamos como que tener como metas por ejemplo (si claro claro claro claro) que debamos cumplir con respecto a lo intercultural (o sea el tema intercultural no hay ninguna meta de nada todavía) nosotros por lo menos no,(ya) nosotros por lo menos no, ahora en otra área lo desconozco (pero yo entendía que ahora por ejemplo al menos le tienen que preguntar a la persona e incorporar, tienen que saber cuánta población Mapuche están atendiendo, cuánta población Mapuche están atendiendo) en un solo sector dices tú, (en el PROSAM por ejemplo cuántas personas se están atendiendo)en porcentaje te podría decir que un treinta y cinco por ciento (de población Mapuche) pero generalmente te puedo decir que son Mapuches, pero generalmente no están viviendo en comunidades, gente que vive en el pueblo (ya) está con una vida normal se podría decir no más bien arraigada a la cultura sino como una vida más occidental se podría decir, (como un Mapuche más

urbanizado) eso exacto, claro que tiene su trabajo, que tiene su familia (y comparte un poco también de la cultura) si hay mucha gente que comparte la cultura Mapuche, pero hay mucha que siente que ya no es participe en eso, nosotros llenamos un formulario y cuando hacemos el ingreso de un paciente llenamos un formulario y dentro del formulario le preguntamos sus datos personales, alguna enfermedad y se pregunta el país de origen, también hay un área donde se pregunta si es de la cultura de Mapuche, ya si es hablante, en el fondo se sabe hablar o vive en comunidad, esas son las dos preguntas, vive en comunidad y habla la lengua Mapuche, y yo te podría decir que de los que yo he atendido casi nadie habla la lengua Mapuche y muy pocos viven en comunidad. (Pero se auto identifican con la cultura algunos). Claro sí, se identifican, pero no viven en comunidad y tampoco hablan la lengua, como que se ha ido perdiendo eso, se puede decir en los más jóvenes se está perdiendo.

Pregunta: Y ese tema se conversa, se habla en algún minuto, entre las mismas personas Mapuche cuando hacen encuentros con personas Mapuche.

Respuesta: No, no, no es un tema que. . . bueno ellos creen que la cultura Mapuche por eso ha crecido tanto ahora últimamente porque quieren radicar en el fondo este tema de integrar de nuevo la cultura Mapuche y que los niños aprendan Chedungun de pequeño, clases se está hablando en los colegios por ejemplo acá en la zona hay profesoras que van a hacer clases de chedungun (mira, como revitalizar la lengua en el fondo) claro, tengo ejemplo de algunos profesores que me han dicho que en sus colegios hay profesoras de chedungun, y hacen clases (súper, súper) algo más que me quisiera contar, yo creo que está muy bueno los datos que me estas entregando, no que en realidad son importantes este tipo de investigación porque nosotros tampoco tenemos como datos duros, así como podríamos decir de este tipo de información que tú estás adquiriendo. Yo por lo que conozco, nunca se ha hecho un estudio así como más bien etnográfico de campo, entonces yo creo que es información nueva que va a servir mucho para el hospital y para ver nuestra falencia también (claro) que a veces generalmente cuando estamos insertos en un lugar no nos damos cuenta de nuestra falencia sino que trabajamos y mantenemos como una forma de trabajo que sigue, sigue, sigue que no genera cambios porque se normalizan. (Claro, oye y esto que ocurrió hoy en la conversación de que las personas como que no tienen una buena actitud, más que hacia el programa, yo diría que hacia el programa aparece una buena actitud, pero hacia el hospital en general) la gente como que tiene claro, (tiene una mala onda a pesar de eso sigue yendo) sigue yendo pero uno lo observa, que también uno lo observa como punto específicos, la urgencia ponte tú, es un tema que siempre ha sido un problema, (claro) que siempre hay alta demanda, los tiempos porque está todo protocolizado entonces la gente no sabe que las urgencias están categorizadas, generalmente mucha gente no lo sabe tampoco no sé si sabes eso que son por letra, entonces cuando son menos graves la persona tiene que esperar cinco a cuatro horas, (claro) y obviamente yo creo que falta un poco más de educación a la población de entregar información con respecto a las enfermedades (porque ese tema de la urgencia no se ha tratado de abordar en algún minuto, de resolver, de buscar un mecanismo diferente) mira cuando estuvo en pandemia funcionó súper bien, porque se hicieron dos urgencias, una respiradora y una no respiratoria (o sea

más diferencia pero efecto), entonces habían, no sé, la urgencia habitualmente hay dos médicos, entonces se hicieron dos urgencias, una para puros casos respiratorios y otra para casos no respiratorio y andaba súper bien, no existía éste atocha miento de usuarios que están ahí horas esperando (y ahora bajó nuevamente a dos médicos nuevamente claro) porque lo respiratorio no está, se acabó la pandemia ya no funciona súper, ya pu patas muchas gracias.

Especificaciones Notas de Campo	
Datos de identificación	
Nombre del observador	Pablo Munizaga
Fecha	Lunes 23 de octubre 2023 Miércoles 25 de octubre 2023
Hora de inicio	Lunes 12:00
Hora de término	Lunes 12:04
Tiempo observado	3:32:00
Número de personas	50 personas
Ubicación geográfica	Hospital Museo Mapuche Cañete
Contextos	-Reporte reunión coordinación Seminario Salud Intercultural organizada por la Unidad Intercultural orientada a funcionarios del hospital. - 8 ^{vo} Seminario hacia la interculturalidad en salud: diálogos y desafíos en nuestro territorio.
CÓDIGO	OSI
Descripción de escenarios y actividades	
<p>-Reunión coordinación previa a seminario intercultural. -8^{vo} Seminario hacia la interculturalidad en salud: diálogos y desafíos en nuestro territorio.25-26 de octubre</p> <p>Objetivo general del seminario:</p> <p>Fortalecer la reflexión en torno a la atención de salud con pertinencia cultural en el territorio comprendido como el cono sur de la provincia de Arauco.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>-Generar sensibilización en los trabajadores de la salud del hospital respeto del contexto social-político y cultural del usuario/a Mapuche. -Generar las bases para un modelo de salud con pertinencia cultural y territorial. -Favorecer el dialogo y el análisis respecto del desarrollo de la política pública de salud y coyunturas socio-territoriales. Beneficiarios del seminario: Trabajadores/as del Hospital Kallvu Llanka de Cañete</p>	

Horas: 21 horas pedagógicas certificadas.

Programa miércoles 25 de octubre 2023

9:20 a 9:30 Palabras Director del hospital – XXXXXXXX

9:30 a 10:30 Acciones con pertinencia cultural del Hospital Kallvu Llanka, en la actualidad. XXXXXX

10:30 a 11:00 Yabutün

11:00 a 13:00 Experiencia comunitaria en salud intercultural de Puerto Montt Lamngen XXXXX, facilitadora intercultural comuna Puerto Montt.

13:00 a 14:00 Almuerzo

14:00 a 16:30 Marco jurídico vigente nacional e internacional en materia de interculturalidad. Abogado XXXXXX.

16:30 a 17:00 Ronda de preguntas.

Programa jueves 26 de octubre 2023

9:15 a 9:30 síntesis primer día. XXXXXX sub unidad de capacitación y sensibilización Hospital Kalvu Llanka de Cañete

9:30 a 11:00 Proceso de salud enfermedad desde la cosmovisión Mapuche. Nguempin XXXXXXXX

11:00 a 11:30 Yabutün

11:30 a 13:00 Proceso de salud y enfermedad desde la cosmovisión Mapuche en contexto de pandemia hasta hoy. Nguempin XXXXXXXX

13:00 a 14:00 Almuerzo

14:00 a 14:30 Síntesis de propuesta de trabajo de seminarios anteriores. XXXXX

14:30 a 16:00 Trabajo grupal. Equipo de unidad de sensibilización y capacitación intercultural.

16:00 a 16:45 Plenario

16:45 a 17:00 Conclusiones y reflexiones finales.

Croquis – fotografía del lugar







Anotaciones del observador por tema

Como observación se puede apreciar que al revisar el programa si bien se indica presentación del director o saludos del Director de hospital a la audiencia, el día miércoles 25 el director no se presenta al inicio tampoco da la bienvenida, sin embargo, durante el medio día luego de finalizar la primera sección el seminario aparece el Director el hospital quien amablemente me saluda e iniciamos una conversación relacionada con la investigación que me encuentro desarrollando y se muestra muy interesado, hace distintas preguntas respecto del tema y que es lo que yo observo del funcionamiento de la temática de interculturalidad. En dicho contexto le comento lo sorprendido que me encuentro de la cantidad de policías y militares en tanquetas que he podido ver durante mi estadía, incluso le comento que fui fiscalizado por un contingente policial y le cuento que además como me traslado en moto al ir a cargar gasolina, la gasolinera completa se encontraba repleta de policías con distintos vehículos militares, con armas militares e incluso camiones transportando tanquetas y personal militar a dos cuadras del hospital. Ante dicha conversación uno de los funcionarios al parecer cercano a la dirección, refiere que no se ha percatado de dicho escenario y que todo estaba muy tranquilo, el Director le refiere que también ha notado el tránsito policial, sin embargo el funcionario insiste que no es tan así y que es solo en las carreteras y al parecer dicho contingente militar y policial no estarían entrando a las

comunidades Mapuche del sector, por tanto no los molestan como el mismo refiere. Al parecer la población Cañetina ha normalizado dicho flujo militar y pasa desapercibida el control permanente en calles, carreteras a camiones y vehículos, con armamento y vehículos de guerra. Mientras nos encontramos conversando de dicho escenario, aparece XXXXXX y es el Director de hospital quien le llama la atención enérgicamente pero de forma políticamente muy cercana pidiendo explicaciones y corrigiendo de por qué no lo había excusado frente a los funcionarios por su ausencia durante la presentación y saludos iniciales en la mañana, en el entendido que le había informado anteriormente de algún percance que había tenido. Nerviosamente XXXXX responde que se le ha olvidado y el director le refiere que no vuelva a suceder. Rápidamente se excusa y se dirige para abrir la jornada de la tarde en el que inicia el Director de hospital dando algunos saludos y relevando a importancia del seminario al público presente.

Registro de las propias observaciones y acciones

- Reunión previa seminario lunes 23 de octubre 2023.

Lunes veintitrés mediodía se inicia la jornada como alrededor de las nueve y media de la mañana en la cual me dirijo a hablar con XXXXXX para poder preguntar sobre la actividad de seminario del día miércoles y jueves la cual el me comenta que claro que la actividad va y que en realidad consta de cuatro momentos, un primer momento, una experiencia de Puerto Montt, los cuales él siente que la fortaleza de ellos trabajar coordinadamente entre el municipio y la unidad del hospital del hospital de Puerto Montt durante la tarde el abogado del servicio de salud va a exponer como los lineamientos y todo lo que tiene que ver con el marco legal de por qué tener una tensión intercultural y el día jueves Va a haber una persona del pueblo Mapuche como un educador, un educador con esta experiencia para contar un poco sobre esa situación de capacitación y durante la tarde va a haber una auto evaluación, ese es como el escenario de la capacitación Posteriormente se le pregunta sobre si es posible entrevistar a los facilitadores interculturales y refiere que XX XXXXXX XXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

-8º Seminario hacia la interculturalidad en salud: diálogos y desafíos en nuestro territorio. Miércoles 25 de octubre 2023.

-Acciones con pertinencia cultural del Hospital Kallvu Llanka, en la actualidad. XXXXXXX, XXXXXXX

En éste espacio de conversación básicamente lo que hacemos nosotros es salir de éste esquema de la capacitación más pedagógica, más de asimilar contenidos, la idea de éste espacio es primero sacarlos el hospital, por eso que también éste espacio (risas), . . . por eso que incluye también la alimentación la idea es que ustedes salgan del hospital y no tengan que volver al almuerzo, se quedan aquí

desde que llegan hasta que se van, pero básicamente lo que busca es que se desconecten un poco, y puedan generar espacios de conversación y reflexión entre ustedes, y también con los expositores, esa es idea. Eso es lo primero y eso lo llevamos haciendo, ocho años no continuados tuvimos pandemia y también tuvimos un tiempo, un año que no lo hicimos también el dos mil dieciséis puede ser, porque estos espacios tienen que ver con fortalecer y respetar los derechos de los trabajadores, ese año no fue porque había movilizaciones. . . . pero que es lo que hacemos en éste espacio darle la oportunidad a cualquier persona que quiera aprender por eso no tenemos restricción, que tiene que ser contrata, lo único que pedimos a los que son remplazo, nos gusta que la persona se proyecte, porque nos ha pasado que vienen y al mes siguiente se van con éste conocimiento y la idea es que ustedes puedan éste conocimiento aquí, en éste hospital, es o ideal, pero no tenemos restricciones de inscripción, no estamos pensando en cumplir con la meta. La meta de nosotros es otra no la cantidad, dicho eso lo primero que vamos a hacer, es conversar y retomar algunas cosas, que uno siente que día a día se han ido olvidando. Primero que todo les voy a preguntar cuántos de ustedes es la primera vez que vienen a seminario (el público comienza a levantar la mano y susurrar) a son pocos catorce de cuarenta y seis, un tercio. Está bien, porque también buscamos eso, que se vayan rotando ojalá y que cada dos años tres años vuelvan, pero no sean siempre las mismas personas, la idea es que éste conocimiento se conozca con la mayor cantidad de personas posible, y por qué porque desde que empezamos ahora, cada vez la pertinencia cultural es más transversal, por que empezamos básicamente hablando de cosas muy puntuales, del área estética, las curaciones, componedores de huesos, pero no son solo eso es más transversal, es mucho más transversal que todo eso, salud mental, entonces nosotros nos hemos ido encontrando con trabas, en todos los espacios, y aquí viene la parte bonita, esto tiene que ver como decía un profesor que vino a Chile, Roberto Cardenas Mexicano, doctor, él decía que había que estudiar hasta la persona que hacía el aseo hasta el director del hospital, todos deben tener una mínima noción para saber de qué estamos hablando y esa es la idea, eso es lo que buscamos, entonces vamos a repasar un poco, para recordar algunas cosas, que tiene que ver con lo básico, lo primero que inicialmente éste hospital no era intercultural, sino de baja complejidad, bueno sigue siendo de baja complejidad, pero baja complejidad comunitario, y después se agrega la condición intercultural. Pero por qué, no tiene que ver con un acto político tiene que ver con las características del territorio. El año dos mil cuatro, a propósito de la aprobación de los recursos para la recuperación del hospital, cuando se aprueban los recursos para construir un nuevo hospital, se toma en consideración a las comunidades del territorio a nivel provincial, no solamente el cono sur, se constituye un comité provincial de representantes de las comunidades, de dirigentes, Lonkos, Machi, Lawuentuchefe, distintos representantes del conocimiento Mapuche, y se constituyen en comité provincial y trabajan en conjunto con el Servicio de Salud y va en éste proyecto de remodelación del hospital, y se comienzan a incorporar algunos elementos de la cultura Mapuche, no solamente en infraestructura sino también, se espera también en el modelo de atención, y es por eso que la visión y la misión cambia a intercultural y pasamos de ser un hospital que busca la prevención y la promoción,

motivando la participación social, en el nuevo hospital lo que buscamos es el énfasis coexistiendo con el modelo de salud comunitario pero en especial Mapuche, es decir ya la misión de éste hospital, tiene que ver con transversalizar la pertinencia cultural, y esto viene por añadidura, la visión puede resultar muy tentadora, pero la consecuencia de esto si esto no se hace, no vamos a estar ni ceca de la misión. Y en alguna medida algo de eso hemos hecho y por eso algo de eso está pasando, que significa, que hoy día. . . . tiene que ver con que, si bien la política intercultural es nacional, como todas las políticas, están hechas en Santiago, en Valparaíso, en la oficina lejos del territorio, independiente si siguen conversando con el territorio, siguen redactando los documentos, en una habitación encerrados, sin preocuparse como se llega a la práctica, por lo tanto las políticas públicas son enunciados y como lo hacemos . . . las dinámicas son muy distintas. Una política una manera distinta en Nueva Imperial, Padre Las Casas, en Maquehue, Boroa, y ayer descubrimos una experiencia maravillosa en Puerto Montt. Todos ejecutamos la misma política, de manera distinta en consecuencia de las características de territorio. . . . y por nuestras características, hemos avanzado más en unas áreas que otras, y eso es lo que vienen a aprender otros equipos. Como anécdota les cuento que el viernes recién pasado, tuvimos en la mañana del viernes, a facilitadores interculturales del complejo asistencial Padre las Casas, que es un hospital nuevo, de median complejidad, que cuando partió partió como pilar solo cien por ciento y recién ahora están reconociendo éste error en el territorio. (Refiriéndose a no incorporar la variable intercultural) y ustedes dirán padre las casas, Temuco, la cosmovisión es latente está presente, la contingencia, y no encontramos con la sorpresa, de que la asistencia clínica cien por ciento, los facilitadores apenas pueden entrar a ver los pacientes hospitalizados, y no pueden hacer nada, y ni siquiera permiten las intervenciones con pertinencia y llegaron acá a aprender de nosotros. A aprender del hospital para que los colegas de allá aprendan, que no es un favor, es una política que la normativa de no cumplirlas trae consecuencias, hay un ejemplo el último. Bueno así como ellos quieren aprender de nosotros, nosotros también tenemos que aprender de otros hospitales. Esto lo voy a ver así no más porque Pablo Ortega lo va a ver a la tarde (refiriéndose a una diapositiva relacionada al tema jurídico y el marco general) y nos ha visitado, ésta es la tercera vez que nos ha visitado, y por qué Pablo, porque es quien mejor maneja la normativa, el abogado que van a ver a la tarde lo vamos a tener a la tarde, es el que tiene más causas en ésta zona al menos y es conocedor de la materia.

Desde el punto de vista internacional, la ley que más se invoca desde las comunidades es el convenio 169. Cuando nosotros hemos tenido dificultades, más bien dicho cuando las comunidades han sido acusadas injustamente, en juicios sin mediar, ellos tienen todo el derecho por adherir al convenio, y Chile por la promulgación de éste convenio se compromete a cumplirlo y cuando no lo cumple tiene que explicar eso, donde, en la corte interamericana de derechos humanos, y es ahí donde se llevan los juicios, mal hechos, entonces imagínense, entonces se revisan todos los juicios de los países que cuentan con pueblos originarios, ésta corte tiene el poder de fallar a favor o en contra de un resultado, sea el que sea, y Chile cada vez que demandaba la corte pierde, nunca ha ganado un caso, salvo los casos de Bolivia y Perú, todos los otros los pierde. Y en éste caso nosotros

estamos invocando un fallo de la corte de derechos humanos que tiene que ver con esto mismo contexto, y es lo que nosotros hemos llamado usuarios "Prilonco". Cuando escuchen eso tiene que ver que son usuarios, que producto de éste fallo, ello tienen que ser atendidos en el hospital que ellos estimen conveniente, ahora ésta familia que son cinco personas no corren los criterios administrativos que no que es rural que les corresponde una posta, no, ellos pueden elegir el servicio, éste fallo se los permite, ellos son de puerto choque, y se atienden directamente con nosotros, y tuvimos que abrirle ficha en la atención primaria, y cada cierto tiempo requieren atención, y tenemos que hacerlo, porque si no lo hacemos (con expresión enfática), ellos pueden enviar un correo o una carta, a la Cancillería, y eso va quedando ahí porque la corte le pide a la Cancillería de Chile un reporte cada cierto tiempo como se está ejecutando el fallo, y si no lo hacemos tenemos que ir allá a dar explicaciones de que paso y por qué no se cumplió y las razones. Nosotros no podemos hacer todo, pero eso tiene que tener una justificación lógica de por qué no se cumple, hasta ahora hemos andado bastante bien.

En el plano nacional hay varias leyes, pero la más importante es la ley de deberes y derechos, artículo 7, que habla de la adecuación de los servicios, o de las atenciones de salud en territorios donde exista población con pueblos originarios. Nosotros no estamos obligados a cumplir con ésta ley porque somos un hospital intercultural, de hecho eso da lo mismo, porque en todos los hospitales donde hay pueblos originarios, es obligación.

Es decir, el CESFAM de Tirúa, el Hospital de Cañete, el hospital de Boroa, el hospital de Victoria, el hospital de Traiguén, el cesfam de Ralco, Ralco Bio Bio, aunque no tengan e nombre intercultural, están obligados por ley a adecuar su sistema de atención, porque esto no es para hospital intercultural, es para pueblos originarios.

Obviamente las adecuaciones que nosotros hacemos, es de acuerdo a la cultura predominante, pero hoy día se está debatiendo sobre la población migrante, hay mucha discusión al respecto, algunos creen que éste artículo hace alusión, a ellos y no necesariamente, porque cuando se habla de pueblos originarios se habla e ancestralidad, con pueblos originarios de éste lugar, que se han construido y su historia está aquí, sentido de pertenencia, vinculación con el territorio. Y la población migrante es eso, es portadora de su cultura, pero no hay un arraigo, pero hoy día se está construyendo una política para ellos, ya se están bajando orientaciones técnicas, estamos empezando a cumplir un marco normativo, de la población migrante, por lo tanto igual van a empezar a bajar desde el ministerio indicaciones de como tenemos que hacerlo, pero eso es otra forma para relacionarse con ellos, porque además no todos pero un porcentaje de ellos, no quiere ser parte del sistema por su condición, de irregularidad, entonces hay mucho miedo que al ser parte del sistema, se revele quien está aquí sin una visa, sin un documento que defina legalmente ser ciudadano Chileno, por eso no es tan fácil acercarse a ellos, por eso tiene otra lógica. Pero no tiene que ver con ello básicamente pueblos originarios.

Eso lo van a ver con Pablo, nosotros trabajamos con el programa PESPI, me imagino que la mayoría sabe eso, y aquí tenemos un cambio, ese es el PESPI antes de la pandemia (indicando una diapositiva). Tenía cuatro objetivos específicos tres componentes, el objetivo general, contribuir a la disminución de

brechas de inequidad en la situación de salud de pueblos indígenas, a través de la conducción participativa. . . y algo más que no es muy importante. Eso es antes de la pandemia. Post pandemia, las últimas dos orientaciones técnicas que nos llegaron, nos hablan de lo mismo, pero ahora nos hablan de mejora continua, y nos habla también de pertinencia cultural en las intervenciones de salud. Entonces cuando yo leo esto. . . . lo que a mí me provoca es un poquito de satisfacción, porque a nivel nacional los primeros que hablamos de pertinencia cultural fuimos nosotros, de manera formal, de los protocolos, no hablamos de interculturalidad, no hablamos de salud intercultural, al principio si, al principio hablábamos de salud intercultural, e interculturalidad, y cuando nos dimos cuenta que eso está muy lejos todavía de ser, de la realidad, empezamos a adecuar el lenguaje y empezamos a hablar de pertinencia cultural e manera formal. Resulta que el ministerio se dio cuenta que esa es la realidad que podíamos hacer, pertinencia cultural, y no interculturalidad, porque no es tan fácil, y la norma que existe en Chile no está hecho para eso, porque nos dicen relacionémonos con la comunidades pero dentro de éste marco legal, no se salga de esto, y la interculturalidad tienen que ver con construir temas en conjunto, y eso no está ni en la constitución, ni en la actual normativa.

Y ahora ya no hay cuatro objetivos, hay seis objetivos, y lo nuevo es que hora nos piden, directamente hacernos cargo de identificar, la variable indígena en los registros de atención, estamos al debe en eso, no lo estamos haciendo y si lo estamos haciendo lo hacemos como cada uno piensa que debe hacerlo. Y en eso nosotros como unidad intercultural, todavía estamos buscando una estrategia, que nos permita que todos sepamos qué es lo que hay que hacer, en que momento la atención se puede hacer, hay una orientación técnica que no es muy clara.

Lo otro que también nos pide y que nosotros nos dimos cuenta hace tiempo, pero en la práctica no teníamos claro como lo teníamos que hacer, nos piden que incorporemos la pertinencia cultural en los trabajos y los planes de promoción y prevención con pueblos originarios, que nos fortalezcamos en la APS. Y también nos piden explícitamente protocolos. Afortunadamente en eso estamos avanzados, y también nos piden que generemos espacios para atender a los Priloncos, que es lo que yo les contaba del fallo de la corte. Por qué aparece esto ahora, porque cada vez hay más. . . cada año hay un juicio contra Chile, Chile lo pierde y entonces va aumentando la cantidad de personas beneficiarias del fallo e la corte. Nosotros tenemos cinco, pero en Araucanía norte ya van como setecientas personas, que son Priloncos. Se llaman Prilonco porque ya cuando se masifica, el gasto producto de éstas atenciones, del ministerio se traspasan platas el programa PESPI, a FONASA y esas platas son las que cubren los gastos, de las atenciones de éstos usuarios, no sé si me explico, entonces se traspasan las platas y esas platas se laman Prilonco, que es un programa de Fonasa, entonces nosotros cuando hacemos prestaciones tenemos que informar cuantas prestaciones hicimos, al servicio y el servicio al ministerio, eso se valoriza y se carga a éste ítem. Nosotros tenemos que generar la base de datos y tenemos que contar cuantas veces se atendió, dentro de sus atenciones, eso se envía a finanzas, finanzas define un valor financiero, eso se envía al servicio, el servicio. . . no sé si es público, no sé si lo encontramos en la página. . . .

Pregunta de auditorio: pero si yo hago una tención como yo podría identificar que

esa persona reúne esos requisitos.

Respuesta: aaaa No está visibilizado en el sistema, no no está visibilizado, hemos buscado la forma que aparezca ahí, se está trabajando en eso. La idea es que aparezca, de hecho habían pedido una credencial, querían ellos ser visibilizados, pero por ahora, como Prilonco no hay ningún pestañita que diga. . . . No hay pero se espera que sí.

Pregunta: si llega un usuario común y corriente a atenderse no más, como yo lo clasifico y lo entro en esa categoría de Prilonco.

Respuesta: porque hay una nómina, la tenemos nosotros.

Pregunta: pero disculpe Cristian, esto es una respuesta un fallo judicial cierto, (si), no es que yo pueda postulas a un grupo de personas, tanto como un beneficio (no).

Respuesta: de hecho no es un beneficio, es una indemnización por daños y perjuicios, (muchos ruidos, gente hablando simultáneamente) no es alguien que diga voy a ser Prilonco, éste es un fallo de la corte interamericana de derechos humanos. Nosotros tenemos cinco, eso nos ha ayudado a aprender cómo hacerlo. Afortunadamente lo hemos hecho bien porque son pocos, y hemos ido mejorando en el tiempo.

Y lo otro que nos piden, hagamos referencia explícita a las prestaciones de salud indígena, todas las prestaciones de salud, atenciones de Machi, atenciones con pertinencia, cuando se ven con algún componedor de huesos, cuando requieren tomar Lawuen cuando están hospitalizados, hay varias prestaciones, y eso tenemos que ponernos al día por qué no lo hemos visibilizado en el sistema. No piden que empecemos a visibilizar lo que hacemos no solo en papel, sino que también, en el sistema. Entonces cambio el programa, cambio el PESPI.

Afortunadamente de éstas cosas hay varias que ya estamos avanzando, pero si tenemos que incorporarles a nuestro que hacer, solo para tener una imagen, nosotros el primer protocolo lo hicimos el dos mil catorce, y en el territorio desde el punto de vista de la institucionalidad se vio que estábamos innovando, pro no era sí porque antes e los protocolos estaba todo éste marco jurídico, lo que pasa es u estábamos aminorando, nos estábamos haciendo los tontos literalmente en buen chileno, sabíamos que esto existía, sabíamos que tuvimos que trabajar, pero desde la institucionalidad y desde lo político, nos andábamos haciendo los dormidos, y ´esto había que empezar a hacerlo o si o si, desde que Chile ratifico el convenio 169 el año dos mil ocho, ya para nosotros era obligación hacerlo.

Ahora que fue lo que hizo Chile, como gobierno, como Estado, cuando se implementa el convenio año mil nueve ochenta y nueve, cuando surge éste convenio, Chile se toma su tiempo porque en ese año, Chile no tenía nada ni una política, ni un peso del Estado para los pueblos originarios, y tres años después parece el programa, como voy a firmar algo si no tenemos nada, y ellos se prepararon, hicieron todo esto PROMAP, PESPI, de implementar leyes y cuando ya tenía un cuerpo legal más o menos armado, ya ahora ya podemos ir más tranquilo, a firmar un convenio, estamos preparado con esto para seguir avanzando, pero se tomaron su tiempo, del ochenta y nueve al dos mil ocho, son diez y nueve años, mientras tantos los pueblos originarios sufrían la carencia que ya todos conocemos, que tiene que ver con los estigmas, los cuales han sido siempre víctimas.

Ahora en la práctica como empezaron a trabajar, en donde entre el dos mil cinco al dos mil trece hay un equipo voluntario y dos facilitadores, que tenían un ascendiente con el directorio, o sea el directorio era el encargado y como ustedes saben un director no tiene mucho tiempo, y le costaba mucho consolidar algo que fuera muy permanente en el tiempo, se respondía de manera espontánea alguna necesidad, pero costaba. En los testimonios dicen que era muy difícil conseguirse recursos no éramos prioridad.

Y recién el dos mil catorce se da un poco de más formalidad, y se conforma la unidad interculturalidad ampliada que en ese momento teníamos cinco subunidades. (Falla técnica se pega el computador). Y hoy día existe esta estructura que es más amplia (diapositiva) está, la subunidad de salud reproductiva, salud mental, compondores de hueso, gestión directiva, medicina popular que es interesante porque nosotros nos dimos cuenta que la sub unidad de medicina popular no puede sola, porque la medicina popular si bien es un enfoque, que al enfoque intercultural le interesa no es exclusivo de pueblos originarios, la medicina popular tiene que ver son quebrar e empacho, santiguadores, que también hay en las comunidades, pero obedece a otra lógica, obedece a un sincretismo, entre la cosmovisión Mapuche de aquellos años cuando llegaron los Españoles acá, y las creencias religiosas, en cada periodo se va transformando en el sistema médico popular, que hasta los años ochenta, (ruido de un celular que dificulta el audio) el punto es que hasta los años ochenta, (quejas, silbidos por el ruido del celular) la primera opción era la medicina popular, cuando yo me enfermaba en la casa, hacíamos distintas cosas, pañitos de agüita fría, diarios, papitas en la frente, pectoral, si alguien se tronchaba iba al compondor de huesos, si el niño no quería comer iba donde alguien que le quitaba el empacho, o lo llevaban a santiguar, y pese a los resultados terminaba en el hospital, hoy día es todo lo contrario, hoy día lo primero que hacemos vamos a hospital, y si estuve cinco horas esperando tomo un paracetamol y voy pa allá para que lo atiendan. O sea a cambiado, pero esta forma fue utilizada por mucho tiempo, por lo tanto lo que nosotros vamos a hacer durante el próximo año en conjunto con APS, de poder rescatar y validar, a los quebradores de empacho y los santiguadores, porque ellos están ahí desde sus casitas cumpliendo su rol, y tenemos que conocerlos, porque tal vez ellos no quieren trabajar con nosotros, no quieren venir al hospital, tenemos que preguntarles, tenemos que acercarnos a ellos, y esta subunidad existe porque sí hemos tenido solicitudes de gente que quiere santiguar, y de gente que quiere quebrar empachos, y hay personas que hacen eso, hay gente que en pediatría lo hace, y los médicos no ponen ninguna dificultad en eso porque no hay una intervención del cuerpo, salvo cuando quiebran el empacho, se tira la colita, pero ahí depende del pediatra si autoriza o no. Ahora todo lo que nosotros hacemos va con la autorización de los médicos, si no autoriza no podemos.

La subunidad de dirección que es la que se encarga de visibilizar lo que hacemos, y Kimkelen mognel que se encarga de la alimentación con pertinencia cultural, y capacitaciones es la que organiza esto. . . . cada sub unidad tiene cierta formalidad, y también hay una resolución que los respalda.

Cuáles son las líneas de trabajo: lo que tiene relación los partos y sus avances, existe una sala de parto con pertinencia cultural, y los distintos protocolos, que hoy

en día es una materia que está al debe, todos sabemos que hoy día no tenemos parto, por lo tanto todo éste trabajo, todo éste avance, que se ha concretado en conjunto con las comunidades, con una de las pocas líneas de trabajo en donde hemos trabajado bien de cerca, hoy día está anulado, desde el punto de vista institucional, porque la mayoría de la unidad ha mantenido a los equipos conversando en el territorio, y nos hemos dado cuenta que es urgente recuperarlo, para nosotros , pero parece que no tenemos la misma visión desde arriba.

La sub unidad Kimkelen mognel está concentrada en las curaciones, la alimentación, principalmente la alimentación, el protocolo de alimentación con pertinencia cultural se da mucho de manera casi semanal en pacientes hospitalizados, que están hospitalizados y quieren tomar Lawuen y eso se mantiene bien activo, y ésta subunidad se preocupa también de los componedores de hueso, que se hizo bastante fuerte, en pandemia y después de la pandemia los componedores de hueso no quieren venir al hospital, porque tienen miedo que pueden contagiarse de covid, cosas como esas, aunque todas las viejitas resistieron a pandemia a puro Lawuen, a puras yerbas medicinales, nada con medicamentos nada, así que estamos con ellos apoyando dese sus casas, nosotros vamos les seguimos dando sus vendas, pomadas, lo que si logramos con ellos . . . ellos han venido al hospital pro la gente no viene, la gente no quiere yeso, la gente quiere que lo vende para el otro día trabajar, y salir.

Las pasantías, nosotros tenemos un protocolo de pasantías y se ha ocupado harto porque hay equipos que quieren venir, ahora antes de salir del hospital, llegó una solicitud de Traiguen, y son hospitales que saben que llevamos tiempo trabajando en esto, para nosotros es un cumplido que quieran venir acá y conocer las cosas que nosotros hemos avanzado y que ellos no han podido.

Es importante decir que no es que nosotros hemos hecho ocho seminarios, hemos hecho once seminarios, lo que a es que hubo un años que hicimos tres seminarios, uno éste y otro de salud mental. Pero el de salud mental no era solo para el hospital, era provincial, o sea era éste hospital pero también todos los dispositivos de salud mental de la provincia, por qué, porque nosotros comenzamos tener casos en la UCEP (unidad de corta estadía) que requerían atención de Machi y psiquiatra y no estaba protocolizado, pero como somos referente provincial, tuvimos que empezar a trabajar en protocolos siempre con la mirada de otros equipos, así que los convocamos en primer año, para identificar actores claves, el segundo año para elaborar una propuesta de protocolo, éste protocolo se le envió a un Machi, que su fuerte fue salud mental, lo retroalimenta y el tercer año, no miento el segundo año hicimos flujo grama, el tercer año se entrega un protocolo, y ese protocolo que fue justo el dos mil diecinueve antes de la pandemia, paramos ese año y éste año retomamos la revisión del protocolo por los equipos, y que justo ésta semana el psiquiatra el Dr. Villegas, dio el victo bueno así que ese protocolo después de cinco años que se está trabajando, va a hacer aprobado lo probable los siguientes meses, y por qué les digo eso, porque hay equipos establecimientos de salud, hacen protocolos sin avisarle nada a nadie, después llega el protocolo los equipos deben incorporarlo, y no saben qué hacer y en la práctica cuesta mucho que eso se implemente de la manera que esté escrito porque no hay ningún tipo de participación en el protocolo, que es lo que quiere decir del principio, y como va aprendiendo equivocándose, y la idea es

que eso no pase, así que cuando nosotros hacemos protocolo se hace hartas vueltas, lo conversamos harto con los actores principales, y después lo llevamos a la práctica y nos aseguramos que tenga la visión común entonces cuando se firma es un documento conocido. Y muchas veces ya son prácticas que se vienen haciendo, va a ser mucho más fácil implementar.

La subunidad de difusión si bien es cierto parece fácil lo que debe hacer, siempre tenemos temas ahí. Salud mental como ya les conté un poco y dice la visión rural . . . esas son las líneas de trabajo nuestras.

Dónde hemos andado contando lo que hacemos, bueno en varias partes: servicio de salud concepción, fuimos a Arica a conocer temas de la salud obstétrica, anduvimos en Temuco un congreso internacional de acciones con pertinencia, Nueva Imperial, Servicio de salud Araucanía sur, Tomé, Servicio de salud Concepción ahí expusimos las curaciones congreso que estuvimos de buenas prácticas, servicio de salud Talcahuano, Servicio de salud Bio Bio, a Conce hemos ido dos a tres veces por los partos, y las últimas presentaciones que hemos ido y que me acuerdo hospital santa vicuña, Servicio Salud los Ríos, y escuela de enfermería Universidad de Valparaíso. De aquí también lo más significativo es que nos solicitan nuestra colaboración en un área de proyectos en donde se va a construir dos hospitales y como debiera ser un hospital intercultural y hemos contado nuestra experiencia, entonces somos referentes que es un responsabilidad, por eso me he dado el tiempo de contarlo.

Quienes han venido, de Collipulli, de Nueva imperial, de Hualqui, San Pedro, Liceo politécnico de Cañete ellos tienen un técnico en enfermería, Inacap Chillan, hospital de Huelquen. La DAS de Cañete, importante mencionar que no conversamos mucho, no tenemos comunicación con la APS. Escuela de medicina de Río de Janeiro, vino un investigador a conocer la experiencia, hospital regional de Concepción, y departamento municipal de Tomé.

Aquí están los seminarios que hemos hecho (laminas), el objetivo es mostrar que cada vez es más específico. En primer momento hablábamos de fortalecer a los usuarios para la producción de un modelo, y ahora estamos hablando de producir una atención, porque hemos entendido que el factor humano es clave para llevar a cabo esto. Aquí dependemos mucho de halla o no halla protocolo la disposición de ustedes es clave. La idea es que esto se dé natural, la salud intercultural tiene que haber una disposición a tener los conocimientos para que mi trabajo tenga que ver con eso, fortalecer la pertinencia de los funcionarios, y nos hemos dado cuenta de que, mucho de los problemas que tenemos tienen que ver con el desconocimiento, y ahí puse todos los expositores, harto de todos Machi, Loncos, médicos, yatiri, yatiri son como las Machi pero del norte Aimara, doctores especialistas de Argentina, de México, abogados, han venido del ministerio igual el dos mil catorce, nuestros colegas han expuesto aquí en éste espacio el Pablo Luna, Francisco, Pablo que está por ahí, Bárbara Palma, Andrés Pino, quien les habla, porque pongo esto porque todos podemos estar en algún minuto, quien quisiera. Si quisiéramos dedicar tiempo a hacer algo, a aportar de manera exclusiva a esto, se puede.

Esa es la resolución que cuentan los chiquillos y que en algunos hospitales no cuentan con éste documento (Resolución en diapositiva) que nosotros nos permite respaldar labores de los profesionales que dedican parte de su tiempo a esto.

Ahora vamos a hacer un paseo fotográfico de cosas que han sido bonitas para nosotros (imágenes diapositiva). Junta con los traumatólogos en la casa de acogida, la casa de acogida con traumatólogos y componedores de hueso. Tratando de conocerse, espacio enriquecedor, del punto de vista del dialogo entre modelos. En éste lugar nos tocó organizar el segundo encuentro de componedores de hueso y no se ha hecho el tercero.

Ahí estamos en el seminario de salud mental (imagen), la Machi Margarita con el Dr. Sepúlveda. Aquí hay un poco del registro que hacen los chiquillos como facilitadores y asesores, alguna fotito de los seminarios. . . wetripantu, trafkintu, que éste año fue muy mojado pero salió adelante.

Aquí es bueno detenerse, aún los médicos que llegan nos hacer una hojita de interconsulta para derivar un paciente a Machi, y eso no es así, por qué es importante conversarlo, porque ustedes todo lo que están escuchando lo compartes después, porque cuando un Dr. Hace interconsulta el paciente cree que como interconsulta es una atención gratis, y eso no es así, porque si el paciente es Fonasa del tramo que sea hoy en día, no paga la atención, y la atención de Machi se paga, porque la atención de Machi es una atención prestación externa a Fonasa, por qué, porque los Machis y las Machis no quieren ser prestadores de Fonasa en éste territorio o dónde trabajamos. Es una atención particular, ahora eso también tiene un sentido cultural nosotros también hemos visto cómo podemos colaborar con algunas personas que no tienen ningún recurso . . . es un tema que nos importa pero desde el punto de vista cultural, se paga porque se tiene que retribuir al Machi por sanar a alguien, y en el agradecimiento de la familia con la atención que hace la Machi, la familia tiene que hacer un esfuerzo, por retribuir al Machi, entonces cuando uno interviene en ese proceso, y la consulta es gratis se pierde el sentido cultural de la retribución, no hay ningún costo, y yo de qué forma le demuestro mi gratitud al Machi por haberme sanado, no hay una reciprocidad, entonces dese el punto de vista cultural también hay un fundamento.

Ahora nosotros conocimos una experiencia, la de Puerto Montt ayer en la tarde, en donde igual se plantean las mismas situaciones, y hay casos que no puede, y cuando ellos logran encontrar una Machi que tiene boleta a honorarios, llegan hasta la mitad del proceso porque entienden el sentido de la retribución, no se pueden hacer cargo de lo que le costaría a una familia devolver el favor por decirlo de alguna manera, entonces incluso teniendo Machi con boleta de honorarios tampoco se hacen cargo de la retribución, o del gasto total.

Entonces cuando un médico quiere derivar pacientes a Machi, y el paciente se lo pide por que no se lo podemos negar, no podemos decirle que no, tenemos que derivarlo a la oficina nuestra, ellos pueden ir e inscribirse con nosotros, hoy no tenemos un protocolo de derivación, o un documento formal, pero a nosotros nos basta que la persona venga con algún requerimiento derivado de un profesional, que la persona quiere atención con Machi, eso por el momento, pero en algún momento a propósito del PESPI, nosotros en algún momento de ésta historia, vamos a tener que visibilizar todo esto en el sistema, y cuando eso pase ya no va a ser así, pero eso lo estamos trabajando. Para nosotros es bueno trabajar con todos que todos no vayan aportando un poco de cómo lo podemos hacer.

Aquí hay pura nostalgia porque está la casa de acogida (imagen), no se olviden

que la casa de acogida está cerrada, es un servicio clínico hoy día, y en teoría se está trabajando para recuperarlo, pero para nosotros es grave que no esté abierto. Esos son los avances. Es para que recordemos. Y aquí de los protocolos que tenemos los que están en azul (imagen). . . el encargado comienza a mostrar imágenes de distintas visitas y atenciones significativas, en distintos sectores como curaciones en Antiquina. Refiere que los únicos que pueden acceder a ésta curación son los que están inscritos en el hospital o salvo la posta, a una curación avanzada, y esto problemas son problemas nuestros no de la gente, son problemas de inclusión, no de la gente que tenemos que resolver, y es por eso que comenzamos a hacer un piloto en Antiquina, quisimos empezar por ahí, ahí paso esto que los chiquillos fueron a hacer curaciones con pertinencia cultural. La idea que los protocolos sean aplicables en las postas, aquí se lo pudieron hacer pero allá no, suena ilógico, lo que no entienden en la DAS es que están tan obligados a hacerlo como nosotros, y es donde falta formación.

Los protocolos que están en negro son los que estamos activando (imagen).

(ruidos, personas hablando simultáneamente) ante la pregunta si una persona que no es de la comuna puede exigir hacerse las curaciones acá o tener el parto acá, el encargado refiere que no (personas hablan simultáneamente). Una de las funcionaria explica que en algún momento ocurrió un caso de una pareja. Algunos funcionarios refieren que han existido personas de Santiago se han atendido en el hospital. El encargado refiere que ante las solicitudes de curaciones en el hospital es que tiene que dirigirse a su posta a hacerse las curaciones y en su posta le dijeron que no se podía, de ahí estamos hablando de atención primaria. El encargado aclara que la persona lo que puede reclamar no es que en éste hospital no lo quisieron atender, sino que en su posta no lo quisieron atender. Ya esto lo vamos a conversar mañana porque es el trabajo que vamos a hacer. La idea es que aprendan cosas con Pablo y mañana con el Peñi armando y después les voy a preguntar esto los trabajos grupales dos mil diecinueve y dos mil veintidós. Los años anteriores hacíamos pruebas. El año dos mil diecinueve comenzamos a trabajar con propuestas a propósito del seminario de salud mental y nos dimos cuenta que era muy bueno ese trabajo.

El dos mil diecinueve lo que hicimos fue identificar dos componentes que estábamos débiles que fue equidad y participación social, pero varios nos dijeron que también estaba difusión porque no se sabe lo que hacen, así que trabajamos en esas tres líneas de trabajo el dos mil diecinueve. Y el dos mil veintidós nos dijeron que teníamos esas falencias, y nos entregaron éstas propuestas, (imagen) de esto que está aquí, ya estamos haciendo cosas estamos avanzando en algunas, tanto lo que nos dicen dos mil diecinueve como dos mil veintidós. Mañana hablaremos de esto. Tenemos que proponer cosas diferentes a esto. Lo interesante es que hay cosas que se repiten, hay problemas que persisten. Pero eso es tarea para la casa, esa es la primera parte del seminario una introducción a lo que hacemos, ahora tenemos un break. Preguntas.....

Sobre el sistema de reclamos, y el cuidado de la información, dicho reclamo no llega al sanador tradicional.

Sobre las expectativas de las personas por la experiencia de sanación y su rapidez. A veces piensan que dos semanas tomando Lawuen se recuperan, hay una percepción negativa, el costo económico también. Nosotros tratamos de

buscar las mejores opciones que suena un poco comercial.

Sobre la característica de los Machis su identificación respecto de su adecuación. Como vamos conociendo a los Machis la misma gente nos va diciendo. Nosotros los contactamos preguntamos cuando nos pueden recibir y así vamos viendo. Hoy día estamos llevando bastantes pacientes donde el Machi Patricio Catril, hemos tenido muy buenos resultados, ahora si alguien llega y quiere ir donde otro Machi, vamos. Nosotros tenemos un solo móvil y estamos yendo un solo día a veces tres días, hay varios funcionarios que está promoviendo la medicina Mapuche para evitar la farmacología y ese tipo de perfil llega a atenderse. Lo que pasa en el territorio, a gente que ve Machi acá no viene al hospital, por ejemplo hay gente que vive en Antiquina, donde la Machi Antonia, a que va a venir a gente acá, a darse la vuelta. Entonces la gente que llega al hospital es la que está lejos de los Machi, que no puede ir por su cuenta. O lo mismo que pasa con la Machi Marcela en Riñihue, ella recibe gente también y si alguien nos dice vamos donde la Machi Marcela vamos donde la Machi Marcela. Pero así funciona, en algún minuto la gente pensaba que teníamos un listado de Machi y no, o sea nunca hemos funcionado así, nunca hemos tenido esa lógica, no puede ser.

Pregunta: porque tener tantos Machi en el territorio es una riqueza, por eso ustedes se contactan con ellos.

Respuesta: si pero también hay que respetar sus tiempos. Igual cuesta, es harto rato de conversación, no todos tienen boletas a honorario para poder cancelar, la retribución entonces hay varios factores antes de convocar. Nosotros hemos tenido varios Machi y Lonkos, nosotros hemos procurado tener una visita de alguna autoridad. Este año hablamos con el Peñi Armando Marileo, él no es Machi es Nguempin un sabio, un profesor de la cosmovisión Mapuche, lleva mucho tiempo haciendo esto, se dedica un poco a la docencia, y enseña a funcionarios públicos la cosmovisión. Por qué lo llamamos porque estamos en un instancia de retomar todas éstas instancias e capacitación, buscamos a alguien que tuviera pedagogía el año pasado tuvimos a Patricio Catril quien se tomó el tiempo e hablar con todos y por eso ahora no convocamos tanta gente, los seminarios pre pandemia éramos noventa, cien personas, y en las fotos nos damos cuantas que la mitad no están los chiquillos están desconcentrados y la mitad para adelante todos asimilando contenido y la mitad es cincuenta y resulta matemática simple. Hasta cincuenta personas aseguramos que todos los que están me están escuchando, después ya nos arriesgamos que alguien se desconcentre, pero eso chiquillos.

- **Experiencia comunitaria en salud intercultural de Puerto Montt XXXXX facilitadora intercultural comuna Puerto Montt.**

XXXXXX inicia su exposición refiriendo de como integran a los trabajadores en el desarrollo de la interculturalidad o hacia la interculturalidad. Refiere que están en constante búsqueda de distintas experiencias que contemplen prácticas con pertinencia cultural. Acompañando de diferentes formas contando su experiencia y pasantías para saber lo que están haciendo, sus dificultades y cuanto han avanzado. Sobre el modelo de salud con pertinencia cultural y las dificultades que coexisten en ello. Presentación del programa de Puerto Montt. Las personas no

podieron asistir debido a que habían agendado una actividad cultural impostergable, por tanto se realizó una video llamada grabada y posteriormente preguntas telefónicas. Una persona del equipo es la que expone debido a que no participaría de dicha actividad. La profesional refiere que no existe conexión de internet suficiente para realizar la actividad en vivo en el museo de Cañete. La actividad es una entrevista que realizaron y la grabaron a una de las facilitadoras la unidad intercultural ampliada del hospital de Cañete. Se orienta al público que durante la entrevista puedan hacer sus consultas y enviárselas a la Lamngen para que ellas las pueda responder mediante un llamado de alta voz.

La profesional refiere que la presente experiencia es bastante distinta a lo que se encuentra desarrollando el hospital Kallvu Llanka.

Presenta a XXXXXXX. Refiere que son un programa dependiente del departamento de salud Municipal y se encuentra orientado pueblos originarios, el trabajo parte de las mesas territoriales, trabajan desde lo macro con una mesa regional de salud intercultural que fue la última que se formó, que fue el dos mil diecinueve y la mesa fue convocada por la seremi con las organizaciones que trabajaban con el Servicio de Salud, a ésta instancia se convocó a las organizaciones y comunidades en la provincia de Osorno, Llanquihue, Palena y Chiloé, ésta mesa regional de salud intercultural la conforma la Lamngen Roxana Luna, ella además de llevar el programa de salud intercultural lleva migrantes en la seremi, hay representante de las tres provincias actualmente cuatro personas representantes por provincia, cuatro Lamngen que son de Chiloé, cuatro de Osorno y Cuatro que son de Llanquihue.

Daniela se atribuye el trabajo de la mesa regional por q se encuentra inmersa dentro de ésta mesa. Refiere que existió un receso la mesa por el tema de Pandemia, se adecuaron a seguir trabajando de forma online, reuniones vía remota, por conversaciones que no debían pausarse por ejemplo el trabajo de ingreso de Lamngen a la cárcel de Osorno para las personas que se encuentran cumpliendo condena, un trabajo regional con la aduana de traspaso de Lawuen ente las fronteras entre Chile y Argentina, se ve con la seremi regional y un trabajo con el SAG, porque los Machis de acá han tenido muchas dificultades para llevar Lawuen al cruzar las fronteras, y ahí están las conversaciones mejorando un poco. Después tenemos la mesa provincial Mapuche Huilliche, formada el veintiuno de agosto del dos mil quince, ésta mesa es convocada por el Servicio de Salud Reloncaví, y aquí están todas las comunas de la provincia e Llanquihue, participan representantes de organizaciones Mapuche Huilliche de cada comuna, y en cada comuna existe una mesa de trabajo, y de cada mesa comunal llegan representantes a ésta mesa provincial.

La mesa provincial la lidera una referente que es Mónica Araya, ha estado permanentemente desde el dos mil catorce, han pasado cuatro directores el Servicio de Salud pero ella se ha mantenido, el compromiso que tienen como mesa que si bien los cargos son uno las personas no deberían cambiar con el paso el tiempo, a no ser que sea decisión de ellos e cambiarse e trabajo. En algún minuto llega otro director de servicio y quería cambiar a la referente, la mesa presionó diciendo que no seguirían trabajando con el servicio si decidía cambiar la referente, se dan cuenta que como territorio estaban muy bien organizados, y siguen trabajando igual. En la comuna de Puerto Montt tienen a la referente

Pamela Hidalgo, y compones la mesa las comunidades de Puerto Montt, as organizaciones trabajan en educación, medio ambiente, y salud, los facilitadores pertenecen a una organización, que es requisito acá que los facilitadores deben pertenecer a alguna organización, y que ésta comunidad lo abale para su trabajo. Las mesas trabajan con financiamiento PESPI, los facilitadores son de financiamiento del municipio y las actividades que puedan desarrollar, todas auto gestionadas desde la misma comunidad.

Antes el dos mil dieciséis los fondos PESPI que llegaban a la comuna eran fonos concursables, si como comunidad quería trabajar con fondos PESPI tenía que hacer un proyecto y ese proyecto, era concursable y de ahí pasaban los fondos, y desde el dos mil quince se acuerda que dichos fondos desde el dos mil dieciséis los fondos bajarían a las comunidades, no desde el servicio al departamento de salud, sino directamente a las comunidades, y cada comunidad hace un convenio con el Servicio de Salud, por ejemplo nosotros en Puerto Montt tenemos tres mesas de trabajo, en el sector urbano que es liderado por el Lamngen Viculli y hay un concejo territorial que grupa como diez a doce organizaciones del sector urbano, tenemos el sector rural, la mesa rural de salud intercultural, que son todas as comunidades que residen en el sector rural, y que trabajan con el equipo de salud rural del departamento, en el sector urbano trabaja con los cesfam que están en el centro e Puerto Montt, y por último el territorio de Alerce que es la ciudad satélite de acá de Puerto Montt, que hay una series de comunidades que trabajan con ese sector, por tanto tres mesas en Puerto Montt que se agrupan en la mesa comunal, las comunas que participan en la mesa provincial don diez comunas.

La mesa provincial va rotando, quisimos retomar las reuniones en cada territorio (luego de la Pandemia), ésta son mensuales, hemos ido a Maullin, Los Muermos, Hualaihue, la mesa provincial está al tanto de casa comuna en el ámbito de salud intercultural, como está trabajando éste territorio con los fondos, con las organizaciones, con los cesfam o postas que están aquí, como se vinculan las organizaciones con los equipos, entonces como mesa provincial siempre estamos apoyando a los territorios, los Muermos tuvieron en algún minuto un percance entre las comunidades y una posta y entonces como mesa provincial fuimos como mesa provincial para hacernos notar que éstas organizaciones no estaban solos, pudimos hacer un nuevo acuerdo de trabajo, y finalmente todo el territorio nos poyamos entre todos, políticamente hay una división de provincias, hay una división e comunas, nosotros como territorio de la provincia e Llanquihue hemos decidido como uno solo, pero cada uno tiene que trabajar en su comuna como cada uno trabaja en su casa digamos y se respetan las decisiones que tomen cada uno, pero aún así la mesa provincial toma acuerdos, de los fondos PESPI y es que el setenta y cinco por ciento, de los fondos que bajan a las comunidades, tienen asignados para fondos de salud.

En Puerto Montt hay tres mesas y uno de los sectores recibe tres millones doscientos, Alerce tiene cinco millones, y otro sector dos millones y medio, por comunidad hacemos un plan territorial y éste plan territorial consta de una cierta cantidad de actividades, que tienen que estar relacionadas con la interculturalidad, con el acceso a la salud, el fortalecimiento cultural, y la equidad que son lo lineamentos que tiene el PESPI, y es lo mismo que estamos trabajando a nivel comunal en los planes territoriales, en Maullin el setenta y cinco por ciento de los

fondos asignados los orientamos para subsidiar atención con Machi, el otro porcentaje lo destinan a las reuniones, y otro porcentaje lo dejan para fortalecimiento cultural, o para conformar algunos talleres donde podemos comprar lana o alguno artículos necesarios para los talleres, el grueso de los fondos que es muy poquito en comparación con otras provincias, otras regiones , lo sabemos utilizar bastante bien, el porcentaje mayor se las llevan las acciones de salud, y principalmente subvencionando las atenciones de salud.

Por ejemplo nosotros trabajamos con una Machi que no es del territorio de Puerto Montt, sino del territorio de Quilacahuin que es de Osorno, la comuna de San Pablo y en el modelo de atención nosotros llevamos al usuario al territorio de la Machi y la atención de éste usuario nosotros la subsidiamos, pagamos la mitad con los fondos PESPI, y la otra mitad la financia el usuario, lo que le da validez a su tratamiento, porque si nosotros lo pagáramos completo obviamente tendríamos menos dinero para subsidiar a más personas y para muchas personas no le tomaría el valor que tiene la atención de salud, entonces por solicitud de la Machi nosotros subsidiamos la mitad y de usuario paga el resto, los facilitadores de salud tienen ésta posibilidad de subsidiar cierto número de pacientes, cuando llegan los fondos PESPI, obviamente éstos fondos no duran tanto duran un par de meses, luego cada paciente tiene que comprar su prestación completa, como provincia tenemos solo cincuenta y nueve millones de pesos, incluso es mucho menos de lo que recibe Osorno y Chiloé, es mucho menos que las tres provincias.

Los facilitadores son financiados por el municipio por un acuerdo de la mesa comunal.

En el programa Cáncer participa el equipo provincial, hay un facilitador y un dirigente de ésta comisión de pestos programas, para apoyar en el ámbito intercultural y darle el enfoque a éstos programas.

Por ejemplo en TBC se hizo un portafolio, en el equipo de postrados, en salud mental, estamos trabajando a la par con los COSAM de acá, el COSAM Reloncaví, el COSAM Puerto Montt, donde tenemos reuniones cada dos meses con el equipo de COSAM, hay derivaciones de COSAM hacia los facilitadores de cada centro, hay reunión para ver la evolución de los pacientes, que si adhieren o no a su tratamiento con la Machi, porque los pacientes que son derivados de Cosam hacia los facilitadores entran a una opción de atención que además de atenderse en Cosam pueda atenderse también con Machi paralelamente, el facilitados estima si es mejor acompañarlo en su tratamiento.

En el programa de salud sexual y reproductiva, trabajamos hace 2 años en el acompañamiento, a Machi que nos acompaña viene al hospital de Puerto Montt, con todas las matronas el hospital, han trabajado en el protocolo de parto, si bien ella no es quien asiste los partos es la facilitadora que viene a acompañar cuando es necesario, el protocolo habla más bien del acompañamiento que podemos tener las mujeres Mapuches al momento de nuestro parto.

Tenemos el programa de VIH, para pueblos originarios se diseñó un afiche, se hace un lanzamiento hace tres años a nivel provincial para incentivar a los usuarios y también a los funcionarios, a reconocerse pertenecientes a pueblos originarios, está el departamento de comunicaciones y apoyamos en la parte de difusión, las actividades que tenemos como pueblo originarios acá en ésta región. Muestra el fiche que dice si eres del pueblo originario Mapuche Huilliche infórmalo

a tu establecimiento de salud, refiere que lo pegan en el hospital, fue distribuido a todas las postas, a todos los cesfam, en escuelas, quedan afiches, renovando.

Muestra el protocolo de parto, la facilitadora hace uso del protocolo de parto y refiere que les hace falta el protocolo de derivación de aps al hospital, se puede hacer el ingreso de Lawuen previo al parto, y para después del parto, se puede tener el acompañamiento del papá de mi bebe, la entrega de la placenta, que puede ser una persona significativa para mi hacer el primer saludo en lengua, que en mi caso fue mi hermana, y mi mamá que también pudo entrar, quien fue que cortó el cordón umbilical, y que se pudo dar éste proceso porque el equipo que estaba ese día, había hecho el acompañamiento pero tal vez yo tuve el privilegio, de conocer a la matrona que estaba a cargo, y converse todo ese día previo a mi cesárea, converse con la matrona y un buen acompañamiento y tener una buena experiencia en el hospital.

Muestra la portada del portafolio de tuberculosis, está en lengua sobre los cuidados y prevención de TBC está traducido al chedungun.

Cuentan con seis cesfam en la comuna e Puerto Montt, cinco cesfam urbanos, y un equipo de salud rural, y que ese tiene once postas a cargo, aquí hay dos facilitadores en el equipo de salud rural, en el cesfam de alerce hay dos facilitadores, porque la cantidad de personas inscritas también es mayor. En todos los cesfam hay un facilitador trabajando.

Los facilitadores están contratados por el departamento de salud, para quien intercedió la mesa comunal con el alcalde, refiere que es un tema de voluntades políticas pro se amarraron al artículo siete, de derechos y deberes que es donde habla del rol de los facilitadores, y si bien no está bien definido por el reglamento del artículo, pero aun así se respetó ese trabajo que solicitaron las comunidades, e alcalde accedió a que se creara esa iniciativa comunal de los facilitadores inicialmente treinta y tres horas, ahora cuarenta y cuatro horas y a contratos a honorarios, algunos lamngen están terminando cuarto medio otros ya lo tienen terminado, nosotros como facilitador no necesariamente tenemos que tener los estudios universitarios para cumplir nuestro rol, así es como estamos en el departamento de salud municipal en Puerto Montt.

Si bien cada facilitador pertenece a un cesfam, el grueso de sus actividades son de tipo comunitarias, da un ejemplo que una Lamngen que llego se instala inicialmente en el SOME y comenzó haciendo el acompañamiento desde el SOME, y ahí cumplía cierta cantidad de horas y el resto las desarrollaba de forma comunitaria con las redes del lugar, las comunidades, que la reciben. Medio tiempo en el cesfam y el resto con las organizaciones y el intersector, reuniones o distintos actores de la provincia. Puerto Montt es la única comuna en que existen facilitadores APS. Hay una facilitados en Maullin, en Llanquihue, en Calbuco pero por temas administrativos no la pudieron volver a contratar, en Fresia hay una facilitadora en el hospital y una en aps, en Puerto Montt somos seis facilitadores más la gestora comunitaria, y además los facilitadores que están en el hospital, hay dos una que está contratada de planta del hospital, y el otro facilitador es pagado por el servicio.

XXXXXXXXX pregunta sobre como lo hacen con el copago de atención a Machi y la facilitadora le refiere que en Puerto Montt no hay prestadores de servicio, en ninguna parte, ni en el servicio, ni en el departamento de salud, ella como los

fondos pasan a la comunidad, en mi caso yo soy como la contadora de la Machi yo la ayudo, el tema con las boletas de honorarios, nosotros hacemos boletas a honorario a la Machi y eso se rinde a la comunidad a la tesorera, si bien ella no tiene ningún tipo de contrato como prestación de servicio, solo cuando la Machi ha hecho algún tipo de actividad colectiva para el servicio, se hace desde el servicio una orden de compra pero no un contrato, para poder pagarle a la Machi, pero no hay ninguna relación contractual no con el servicio, ni con el departamento de salud, esa es la forma que podemos rendir los fondos.

Ahora las actividades con pertinencia cultural que estamos trabajando hemos protocolizado tenemos el protocolo de derivación de usuarios a facilitadores de salud, lo diseñamos por que el cesfam cuenta con un referente técnico, y hemos conformado comisiones y una de ella tiene relación a la creación de protocolos, para formalizar el trabajo que están haciendo, y la forma de hacerlo es protocolos y Flujogramas, se evalúa la necesidad y si puede asistir a Machi, cada facilitador tiene acceso a la ficha rayen, cada facilitador tiene su agenda le citan su paciente, y puede evolucionar la atención, queda todo registrado, y tenemos los instructivos para no dejar pausadas las atenciones en pandemia. En ese momento las facilitadoras podían llevar la orina a la Machi debido a las restricciones relacionadas a la pandemia. Lo que hacían era pasar a los domicilios de los pacientes y recoger su frasquito con su tributo y sus bolsitas con todas sus botellas, y ellos la llevaban a la atención donde la Machi, a Quilatahui hacíamos un Kütran recibíamos el Lawuen y los traíamos de vuelta. Y en la tarde íbamos a todos los domicilios o al otro día de todos los usuarios, para devolverles su tributo para devolverlos a la mapu al tiro y nosotras entregar las indicaciones que había dado la Machi para la toma de su Lawuen, por eso debimos crea un instructivo tanto para a atención formal como para la atención con Machi, lo vamos modificando y adecuarlo y ahora sin pandemia o contexto covid. (Muestra portadas de instructivos) aproados por subdirección y dirección.

Refiere que la mesa provincial actualmente se encuentra full trabajando en los temas de las ferias, y sus productos de Lawuen, de cosmética natural, también las ferias de difusión, un Stan de salud intercultural, en difusión el acompañamiento en some, encargados de some para fortalecer el trabajo de la pregunta, la facilitadora está presente sobre la pertenencia a pueblo originario y auto identificación, participa en reuniones técnicas y jornadas de capacitación. En algún minuto refiere que dentro de las actividades se encuentran las pasantías y en su minuto buscaron el hospital Kallvu Llanka y no se dio la oportunidad de visitarlos y fueron a Angol. Jornada de capacitación certificada. Los equipos ahora son su facilitador, referente y un médico, porque necesitamos un médico porque todos nuestros usuarios que llevamos a la atención con Machi, por diversas afectaciones, necesitan un descanso de dos a tres días, y por eso necesitamos a los médicos para apoyar con el tema de la licencia médica, explica que uno de los tratamientos que hace la Machi requiere al menos tres días de reposo, por eso necesitábamos que los médicos de nuestro cesfam conocieran sobre los tratamientos que hace la Machi, y todo su proceso y para eso necesitábamos capacitarlos, y por eso se diseñó ésta jornada e sensibilización. Esta capacitación consideró todo el equipo, fuimos donde la Machi a hacer éste Kütran, tuvimos jornadas de capacitación en el sector urbano, seis jornadas, pasantías de dos días

en Angol y trabajo final de consensuar todo éste trabajo de cómo se puede sistematizar éste trabajo (describe todas las actividades que ocurren en la atención de Machi), realizan actividades al aire libre para conectarse con la Mapu describe por ejemplo en el Lago Llanquihue, que ls personas vayan felices a éstas jornadas de reflexión y jornadas con pertinencia cultural itinerantes para hacerse notar , cada facilitador hace su stand en su cesfam y también de forma comunal . Describe distintas actividades como wetripantu, celebración de día la mujer Mapuche, día de los pueblos originarios entre otros, muestran su trabajo mediante distintas instancias.

XXXXXXXXX llama a poder realizar preguntas para llamar a la Lamngen y hacer preguntas, resalta el trabajo comunitario y el trabajo en red, refiere que destaca que son las municipalidades son quienes pagan a los facilitadores y lo sorprendente el trabajo en aps o en coordinación entre los distinto niveles e atención, lo que no ocurre en Cañete.

Pregunta sobre aclarar quién es el referente, la lamngen refiere que en todos los programas e promo está el gestor comunitario y está el programa de salud intercultural, entonces está el referente de salud mental están todos esos referentes como ejemplo, y nosotros también tenemos referentes de salud intercultural, en general es un profesional, generalmente son trabajadores sociales, porque están más inmersos en el trabajo comunitario, y éste referente de salud intercultural está dentro de su centro y apoyando el trabajo del facilitador es su dupla del facilitador dentro del centro. En otras partes los conocen como referentes PESPI,

XXXXXX invita a la facilitadora a conversar sobre dicho trabajo en red, propone retomar o viajar a Puerto Montt.

XXXXXX destaca el trabajo en promoción de salud, y a facilitadora refiere que el trabajo con el servicio solo está relacionada al trabajo con la referente, y no hay más el resto es trabajo en red con sus bases y s comunidades en donde las mesas adquieren protagonismo.

XXXXXX refiere que la relación con la aps en el territorio de cañete es distante. En cambio la facilitadora da un ejemplo en donde relata la coordinación paralela y de seguimiento que existe entre la facilitadora de aps y la facilitadora del hospital conjunta. En donde también se derivan y existen visitas guiadas, de como por ejemplo se va a hacer el parto, y el hospital entrega el instructivo de que es lo que va a necesitar, una hoja de compromiso de que personas van a participar o la van a visitar, sobre la toma de Lawuen y la participación de la Machi. La Machi instruye sobre la temperatura del Lawuen y los horarios que debe tomar el Lawuen. Si bien dicho procedimiento no está protocolizado existe bastante coordinación entre aps y el hospital.

XXXXXXXXX refiere que hay tres preguntas y se coordinará con la facilitadora quien se encuentra esperando en el teléfono.

(se intenta coordinar la comunicación, dificultades técnicas con el bluetooth del parlante).

Preguntas: Sobre las conversaciones y coordinación con otros profesionales, aps y hospital.

Respuesta: Se hace Kütran con las matronas para explicar el respeto cuando la familia requiere acompañamiento en el parto Mapuche Huilliche, es principalmente

ingresar el Lawuen cuando lo requiera y le corresponda, o acompañantes que ella estime conveniente que pueden ser hasta tres personas cuando es parto natural y en caso de ser cesárea entra solo la pareja de la lamngen, hasta el momento no hemos tenido inconveniente en cesárea, en los partos de forma normal tampoco ningún inconveniente, pero no han tenido instancias e conversar con los problemas porque nunca ha habido ningún problema. El hospital es ajeno a ellos (facilitadores) pero están en conocimiento de ello.

Pregunta: de qué manera lograron movilizar tan activamente a las comunidades, acá en Cañete esto no logra verse. Como lograron ésta relación tan mancomunadamente.

Respuesta: Gran parte de las organizaciones acá son lideradas por mujeres que estamos a la cabeza, en mi caso yo soy presidenta de mi comunidad, acá en Puerto Montt primero partieron los educadores tradicionales y debido a eso, el territorio está muy fortalecido en sus organizaciones, porque hay una lucha de las comunidades poder tener ésta conversación con el alcalde que todavía se mantiene y para poder en ese momento poder incorporaron educadores a la escuela, entonces se llevó mucho Kūtran donde existían todas as comunidades que tenían gente que quería cumplir éste rol como educador. En Fresia se han hecho Tragünes para muchas comunidades y se han ido formando muchas comunidades también a lo largo del tiempo, hay muchas asociaciones, las organizaciones son de carácter familiar y rural, la ruralidad es muy grande acá en la comuna de Puerto Montt, y dentro de la comuna a mesas de trabajo de educación, de salud , de medio ambiente, todos nos convocamos, todas las instancias que tengan que ver con el wallmapu y desde ahí a la forma provincial, siempre ha existido mucha convocatoria, si bien no todos no son mapuches son personas que tienen mucho respeto a las comunidades. (la Lamngen destaca las características de la gente del territorio y sus cualidades positivas asociadas a la colaboración, solidaridad y respeto) y si bien no son Mapuche ellos se han ganado el respeto de nosotros, la confianza para el grupo de nosotros, y desde aquí a la mesa regional , los que estamos en la mesa provincial, desde ahí se elige quienes nos representan a ésta mesa regional, siempre ha sido una conversación en que estamos de acuerdo y si bien existen a veces diferencias nos mostramos unidos como pueblo que generamos un trabajo con el Estado de Chile, entonces si queremos lograr algo como pueblo tenemos que trabajar en conjunto, es eso la auto convocatoria que nos hacemos como pueblo acá.

Pregunta: Durante a pandemia se cedieron espacios en que se hacía un trabajo de salud intercultural, como lo hicieron ustedes.

Respuesta: Se siguió trabajando en el apoyo de los programas, no se tenían tantos espacios. Nosotros nos ganamos otro espacio en un dispositivo que hay acá en Puerto Montt, tenemos dos oficinas una de carácter comunal para la atención de pacientes, y otro espacio para la Lamngen Pamela que es la gestora comunal, y mío que soy la facilitadora, ninguno de los cesfam cuenta con un espacio físico para e facilitador, que tenga una oficina o un escritorio, por tanto las personas se van adecuando pero no existe un lugar específico. Quieren seguir avanzando. Si no hay espacio en el cesfam siempre hay otros espacios a nivel comunal.

Pregunta: Respecto al equipo compuesto por el facilitador, el gestor y el médico,

como eligen al médico y si es estable en el tiempo. Cuáles son los requisitos para definir el perfil.

Respuesta: Los referentes técnicos o gestores son trabajadores sociales. Y respecto de los médicos ha sido un trabajo tanto del facilitados como del referente técnico en su propio centro, que si el médico tiene una relación con el programa, o si se muestra interesado en su trabajo, y se evalúa si el médico puede ser el idóneo para trabajar con nosotros, no es el director quien lo elige sino el mismo equipo quien lo elige.

Pregunta: cuales son las mayores dificultades que ha tenido la instalación de modelo de salud intercultural en ese territorio.

Respuesta: que no se vea como la interculturalidad como un enfoque, si bien es un enfoque transversal que podemos participar dentro de los otros programas, por sí solo también somos un programa tenemos un eje de como funcionar, en cuanto a cómo debemos funcionar nosotros lo hemos ido diseñando en el tiempo, haciendo aprendiendo, lo más difícil es ir haciendo el trabajo con los mismos equipos y es la única forma de darnos a conocer y la misma personalidad del facilitador, que sea una persona amena tener esa capacidad de comunicarse, habilidades blandas, porque nos ha pasado también que tenemos un lenguaje que era así como muy cerrado, como muy Mapuche, en todo lo que hacía y lo que decía y como que algunas veces choqueaba a los funcionarios, la idea es que sea algo agradables también para ellos.

También lo difícil es la relación con los funcionarios más antiguos, porque siempre ha sido igual y como que ahora se están dando nuevas cosas, para ellos es cuestionable el rol del facilitador, y que estemos en temas de salud.

Despedida a la Facilitadora (aplausos por la participación).

Reflexiones generales, las diferencias en la instalación del modelo como en Cañete se instala desde la institucionalidad, e servicio siempre define como va a funcionar y sobre las contrataciones, en cambio e trabajo en Puerto Montt se puede apreciar el trabajo desde sus bases o comunidades. Las relaciones fluidas, las comunidades definen el trabajo y avanzan en la gestión, ellos están en todas las organizaciones y espacios, en cambio en Cañete no existe. Elementos que sintonicen n más elementos de la comunidad. La cantidad de momentos que se reúnen y varias instancias rotativas. El cómo surge no es del equipo e salud sino desde las comunidades. Como canalizan los recursos. XXXXXX enfatiza as diferencias de cómo se implementa el modelo de salud intercultural. Enfatiza XXXXX que están en el proceso de salir de los box para hacer un trabajo más comunitario responsabiliza a la pandemia en el territorio.

Sobre las reflexiones: una participante refiere que existe poco apoyo de parte de la DAS, desconoce si ellos cuenta con el programa PESPI o si hacen actividades de pertinencia cultural, lo plantea como pregunta, o solamente el hospital. La persona refiere que las únicas actividades que yo he visto son las que organizan ustedes, yo no he visto una feria o actividades en la plaza del otro equipo de salud de Cañete, todas las consultas de pertinencia cultural se hacen en el hospital, entonces si no tiene viaje esa persona se queda con su consulta, si no está que ellos se motiven para éstas actividades, el hospital podría pedir apoyo a la salud municipal.

Connie Olivares refiere que cuantas veces hemos tenido esa conversación con el

sector municipal. La participantes refiere que en el relato de pacientes, es la salud municipal deriva al hospital para las atenciones con pertinencia pone el ejemplo de las curaciones, porque nosotros no tenemos los insumos y no tenemos capacitaciones. Tal vez debemos motivarlos a participar en esto mismo porque nos ha pasado muchas veces. Ellos trabajan desde la aps y hacen sus protocolos para compartirlo al hospital, acá es al revés, a modo de reflexión no sé si ustedes lo han trabajado o tal vez hay que hablar a nivel directivo para avanzar en esto. Connie Olivares refiere que tal vez ya no deben seguir hablando con el jefe de las Das sino otra instancia o con las comunidades para que las comunidades tomen una bandera de lucha.

Tal vez mañana podemos tocar éste tema e idear un plan, siempre nos ha ido mal en la relación con aps, algún psicólogo amigo resuelve dicho escenario.

XXXXXXX refiere que ellos tienen una aps muy fuerte y nosotros no tenemos esa realidad. No es nuestra realidad, nosotros tenemos muy mala comunicación con la salud municipal, pero hay cosas que se pueden hacer, mi compromiso que llegue ha sido fortalecer la relación con la salud municipalidad.

Participante: Ambas propuestas parten de distintas formas una de la institucionalidad y otras desde las comunidades, por tanto no vamos a llegar al mismo lado.

Participantes: yo no venía hace seis años a ésta jornada y recuerdo que es algo que conversamos en ese momento que son las voluntades, la unidad ampliada se sostenía mucho e las personas que la componen y eso hasta el día de hoy se mantiene, si desarmas la unidad y armas una nueva no sé si va a ser lo mismo, la persona que ingresa al hospital debiera tener un perfil y que entiende que se encuentra en un territorio particular. Hagamos bien la baja complejidad y después la mediana. Y lo que dice la Paula con la relación con la Das es el piso mínimo, que ellos no tengan estrategias eso nos teja mal parado a nosotros.

Participante: la comunicación entre ellos es mejor, acá no tenemos esa comunicación, tal vez a ellos porque les cuesta más.

-Marco jurídico vigente nacional e internacional en materia de interculturalidad. Abogado XXXXXXX

Presentación de XXXXXXX que refiere lo relevante de la exposición de XXXXX tanto por la legislación nacional e internacional y los efectos que tiene éste marco legal en materias de interculturalidad. El efecto de un fallo internacional y qué consecuencias tiene eso no cumplir. Le llama la atención a XXXXXXX que se está hablando de lo mismo tal vez porque en algo estamos fallando.

Presentación de XXXXXXX quien refiere que lleva un tiempo que ejerce la profesión, estudia en la Universidad de Concepción y se ha interesado o vinculado a la zona como a la temática Mapuche y a la reinserción de esto en su relación con el Estado Chileno. Y mi inserción ha sido desde el mundo civil, particular, como nosotros los ciudadanos nos relacionamos con el Estado, y desde nuestra profesión como somos usuarios y gestores también del estado, porque como abogado hago mucho derecho penal, defensa penal, recurso de protección, entonces como ciudadanos también usamos el estado, en donde está el servicio de la salud pública los hospitales y eso, en virtud de eso. Refiere que se ha ido

especializando en el tema por experiencia y ha sido testigos de varias causas en tribunales Chilenos e internacional también, parte de la construcción colectiva.

Inicia relatando que somos partes de una larga historia en la primera parte del siglo veintiuno, y la civilización como la conocemos, la estructura mundial tiene su origen en la modernidad en Europa, la fundación de capital que se produce fruto del descubrimiento de América, la conquista y colonización de África, Asia y Oceanía, periodo de guerras y tras varios millones de muertos, la humanidad se intenta organizar de una manera más racional y justa, es un poco es el objetivo del derecho en general, así como los sistemas de salud en un país son preservar la vida y la salud de la población, que es la razón de ser de los sistemas de salud, que es un fin altruista en sí mismo, bonito, el derecho también tiene una estructura buscar justicia lo mayormente posible, porque somos humanos todos y los humanos cometemos errores, y se conformó esta estructura producto de lo que ocurrió en la segunda guerra mundial, los imperios que existían antes de eso, sucumbieron, cayeron , se modificaron, y surgió una nueva estructura, ya está modificada pero la estructura jurídica, que sustentaba esa apuesta por la ética social, por la preservación de la especie, esa estructura está presente a pesar que han existido algunos cambios.

En la segunda guerra mundial, las potencias vencedoras formaron una estructura y la idea era preservar la paz mundial, dentro de lo posible, porque a guerra siempre ha estado presente. Voy a hacer referencia a los documentos jurídicos que se firmaron y a las estructuras que se crearon, el tratado internacional y la estructura, se ceo lo que se denomina la carta de las Naciones Unidas, de la ONU, que es una estructura que está en crisis no por la ONU sino porque la sociedad está en crisis, un círculo que se retroalimenta el uno al otro.

La carta de las Naciones Unidas tiene una finalidad, que es la paz y que es lo que crea la ONU. Como somos todos humanos la ONU tiene un consejo de seguridad que está compuesto por las cinco potencias vencedoras de la segunda guerra mundial, EEUU, Inglaterra, Francia, la antigua Unión Soviética Rusia, y China, actualmente creo que son quince o diez más, no nueve más, no estoy actualizado en eso.

No es que uno pueda impedir su voluntad pero uno de los cinco más importantes puede impedir la voluntad del resto. El consejo de seguridad no tiene ejército pero la posibilidad de declarar la guerra justa, jurídicamente hablando, ese concepto existe en todas las corrientes de pensamiento. La idea de derecho en todas esas hipótesis de guerra es que se respeten ciertas normas de humanidad, digamos asegure la preservación de la especie, la posibilidad de habitar la tierra y cosas de esas grandes principios, porque nadie va a estar en desacuerdo que la vida humana siga o que destruyamos la tierra. Bajo estos tratados internacionales se firman otros más y en especial voy a mencionar dos: el tratado de derechos civiles y políticos, y el de derechos económicos y sociales. Que son las columnas vertebrales de las Naciones Unidas, el fundamento de por qué existe e derecho internacional en los que estamos de acuerdo. Para la guerra están los tratados de ginebra que es un tratado humanitario, que dice cómo tratar a los prisioneros, la población civil, no bombardear los hospitales, ni las escuelas etc.

La idea es que se cumplan, porque a esclavitud existió y fue legal, el desarrollo del norte está basado en el robo de recursos, en la extracción de recursos de

América, súper terrible extracción de recursos económicos de América, colonización de África, secuestro e personas, esclavización de personas, y en oriente en China lo que hicieron fue transformarlos a todos en adictos al opio, lo que llama China el siglo de la humillación, se produce cuando el imperio británico le gana una guerra a los Chinos al imperio Chino, que fue básicamente marítima por eso ganaron, y exigieron que ellos podían venderle opio a todo los que quisieran, la corona Británica cultivaban opio y vendían opio, por decirlo de alguna manera son narcotraficantes (risas), pero ganaron la guerra. Precisamente esto es antes de todo esto (refiriéndose a la generación de marcos jurídicos), por ejemplo en el caso de Chile después de la guerra anexiónó territorio, la primera y segunda región, son anexionadas en virtud de haber ganado la guerra, siglo diecinueve habían otras normas, menos desarrollo de derecho internacional público, lo que estamos medianamente de acuerdo que es exigible para los Estados, y para las sociedades. Esto va a tener una bajada a lo que nos compete.

Entonces estos derechos civiles y políticos se conocen como primera generación de derechos humanos. Esto permitió el voto femenino y también la actividad de muchas mujeres que en distintas partes del mundo, varias de ella se fueron presas, por ello debe haber un titular que exige el cumplimiento del derecho y el Estado que tiene que responder a su obligación, de respetar y promover el ejercicio del derecho. Por que cual es la razón de ser de los Estados, (reflexión) se necesite una estructura que nos coordine y nos proteja, por eso hay sesión de soberanía al Estado, a soberanía el derecho a gobernarnos, nos corresponde a cada uno de los humanos, en virtud del bien común cedemos nuestra soberanía al Estado, por eso el Presidente se llama primer mandatario, mandatario no es el mandante no es el que manda, es el mandado, nosotros los ciudadanos en un ejercicio colectivo, desarrollamos la soberanía y como soberanos podemos delegar esa soberanía en el Estado, el bien común, entonces todo esto desde la segunda guerra mundial los Estados controlan todo el planeta. Desde el mil novecientos cincuenta en adelante los Estados, controlan el planeta.

Respecto a las leyes en Chile por ejemplo los esclavos si tenía hijos el hijo nacían libres, y después a libertad completa fue uno de los primeros países del mundo. Chile en el mil ochocientos tenía una flota naviera tremenda que incluso en Panamá fue a disuadir a la flota norteamericana porque luego de ser una potencia los escenarios cambian, casi una potencia marítima.

Pactos internacionales de derechos civiles y políticos, todos suscritos por Chile, exigibles en Chile legalmente. Los Estados cuando funcionan normalmente se pueden exigir.

Cuando se firma éste pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, en lo que se conoce como segunda generación de derechos humanos que se consagra, segunda generación, se firma un segundo pacto. Por ejemplo el derecho de tener una educación en la lengua materna o el derecho a ser educado, derecho a tener una familia, derecho a la protección económico social. Por ejemplo en Chile el tema de la leche, en Chile se produjo un cambio de los nacidos vivos en los índices de desnutrición, yo estoy en el promedio de vida el año en que nací. La idea es que hoy se vive más que antes. Desayuno en los colegios eso es porque el Estado su justificación es buscar el bien común.

Tercera generación de derechos, serían los derechos colectivos, y dentro de ésta

reflexión u oleada de batería jurídica surge el convenio ciento sesenta y nueve, toda ésta reflexión de los derechos colectivos reconoce que en derecho civil está claro que la igualdad formal somos todos iguales, es injusta porque preserva la desigualdad, la igualdad entre desiguales es injusta, y la desigualdad entre desiguales es justa, porque el Estado mediante Leyes de promoción, al más débil como que lo adopta y al que tiene mayores capacidades les impone más obligaciones, es como la lógica en las normas de promoción, y esta es una reflexión que no es novedosa viene de los Romanos del trecientos antes de cristo, mil quinientos años de historia y de ahí paso a Europa y de Europa paso a América, una reflexión la igualdad entre desiguales es injusta, la desigualdad entre desiguales es justa, en la medida que promociona, en la medida que compensa. Entonces hay colectivos dentro de las sociedades humanas que tienen características propias, y no necesariamente de lo que se conoce como pueblo originario, no está penado solo en eso sino en distintos colectivos culturales, humanos, sociales, e incluso étnicos, no me gusta usar la palabra porque ya la palabra está cuestionada, en antropología está cuestionado eso. Pero dentro de ésta ante tanta reflexión nueva, el convenio ciento sesenta y nueve, fue dictado la OIT, han oído hablar de la OIT, saben cómo está formada internamente la OIT, tiene una composición tripartita, tiene tres representación tripartita, de todos los Estados miembros, por ejemplo Chile, casi todos los países miembros tienen una representación del Estado, tiene una representación del empresariado y tiene una representación de organización de trabajadores, es una organización de lo más conservadora que hay. Porque participa Estado, empresarios y sindicatos, conservadores todos, y de ahí se pusieron de acuerdo y se aprobó éste convenio ciento sesenta y nueve, del cual seguiremos hablando luego del almuerzo. Gracias (aplausos del público)

Pausa.

Más allá de eso la corte interamericana tiene ésta capacidad pero los primeros llamados a cumplir los acuerdos en derechos humanos, a investigar, sancionar a cuidar, es el Estado mismo, solo cuando el Estado no cumple uno puede ir a ésta corte interamericana, o a las comisiones de derechos humanos, de Naciones Unidas o a otras instancias internacionales cuando el Estado no cumple, el ciudadano puede ir directo a demandar al Estado, no a demandar propiamente tal sino a acusar al Estado, pedir protección internacional, esa es la razón por que los Estados aceptan refugiados de guerra, porque los Estados tienen que resolver éste problema, si generan el problemas tienen la recaudación de impuestos, el manejo de los recursos naturales, recolectan dinero, piden préstamo a nombre del país, tienen el uso de la fuerza, imparten justicia, otorgan servicios de salud, entonces tiene todo un desarrollo y una capacidad el Estado que implica que tiene el deber de cumplir ésta situación, los ciudadanos pueden exigir que se cumpla, como personas o como pueblo, como entes colectivos o como entes individuales, entonces dentro del Estado cuando hay situaciones de conflicto. Primero están las políticas públicas cierto, dentro de ella están las políticas de salud pueblo indígena, interculturalidad en los servicios de salud, orientaciones para la implementación de la pertinencia cultural en los servicios de salud, etc. Esto

existe, pero si hay problemas, el llamado son los tribunales, primero las políticas públicas, si no los tribunales, los tribunales tienen competencias y dentro de, o también por la vía administrativa, es decir contraloría general de la república, u otras instancias, que pueden estar dentro de las mismas estructuras del Estado. Entonces en esto todos se capacitaron, ustedes se están capacitando hoy día, porque muchas veces sin saberlo tienen algunas obligaciones como funcionarios públicos, en tanto operadores de los servicios de sanidad públicos, pero no son ustedes solo que tienen éste deber, mientras más responsabilidad hay más deber, éste documento que tiene doscientas noventa y tres páginas, lo traigo aquí como para objeto para que lo vean, éste es el compendio del convenio ciento sesenta y nueve, con el que trabajan los jueces, academia judicial Chile. Acá hay normas específicas para los servicios de salud y educación. Esto es lo que estudian los jueces (mostrando el documento). Parten de a base que los pueblos indígenas como toda la población cuenta con derechos sociales, vinculados a la protección de la salud, que garantiza la constitución, todas las constituciones garantizan la salud por parte del Estado, porque esa es la razón de ser del Estado, el Estado dice yo recolecto impuestos, yo administro las empresas estatales, yo pido préstamos a nombre de Chile, emito bonos a nombre de Chile, voy a la guerra a nombre de Chile, y todas las opciones porque así administro mejor, y todos estamos de acuerdo y estar más cerca el bien común. Entonces los Estados tienen que preocuparse de eso.....

Anexo N° 3 - Guía de Entrevista en Profundidad.

Tema	Subtemas	Preguntas
Las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete, que han contribuido en su recuperación.	1.1 Los inicios	“Quiero pedirle que me cuente sobre su paso por el programa de tratamiento de salud mental del Hospital de Cañete. La mejor manera de hacer eso, será que empiece usted desde el inicio...”
	1.2 El proceso de tratamiento	“Luego, quiero que me cuente de forma cronológica todas las cosas que sucedieron una tras de otra hasta hoy, etapa por etapa todo lo que paso durante el proceso de tratamiento en su pasó por el programa. Puede tomarse el tiempo que desee al hacer esto, y también aportar detalles, porque todo lo que sea importante para usted es importante para mí”.
	1.3 El egreso del programa o etapa final	“Quiero que me cuente sobre su proceso de recuperación, la alta terapéutica y la etapa final de su paso por el programa”.

Anexo N° 4 - Guía de Entrevista Grupo de Discusión.

Tema	Subtemas	Preguntas
Las experiencias y significados de personas Mapuche Lafkenche en su paso por la oferta de tratamiento del programa de atención de salud mental del Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete, que han contribuido en su recuperación.	1.1 Experiencias asociadas a la Atención Hospital	“Quiero pedirles que conversemos sobre la atención en el hospital en el programa de salud mental”.
	1.2 Experiencia asociada a la Atención Intercultural	“Quiero pedirles que conversemos sobre la atención intercultural”.
	1.3 Experiencia asociada a la Atención por Machi	“Quiero pedirles que conversemos sobre la atención por Machi”.
	1.4 Experiencias asociadas a Búsqueda de Apoyo	“Quiero pedirles que conversemos sobre la búsqueda de apoyo”.
	1.5 Experiencias asociadas a la diferenciación de la atención.	“Quiero pedirles que conversemos sobre la diferenciación en la atención Mapuche y no Mapuche”.

Anexo N° 5 – Láminas Grupo de Discusión.



Hospital Kallvu Llanka



Atención por Machi

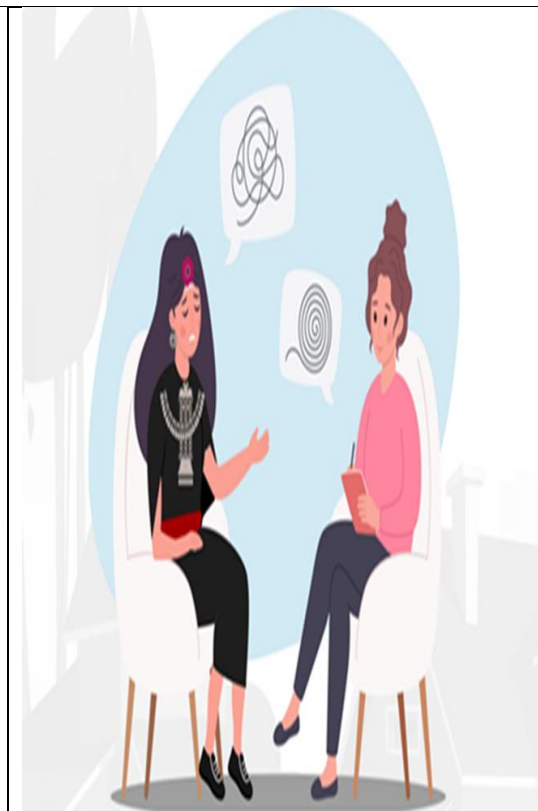
Anexo N° 5 – Láminas Grupo de Discusión.



Atención Intercultural



El Hospital no diferencia mucho entre ser o no ser Mapuche. . . ”



Búsqueda de Apoyo

Anexo N° 6 – Entrevistas en profundidad.

Datos de identificación Entrevista en profundidad	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	15 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Ciudad de Cañete
Código persona entrevistada	E1
<p>Siempre es bueno tener dos grabaciones por si falla una o alguna cosa pasa. Vamos a entrevistar a E1 hoy día el viernes quince sobre su proceso de tratamiento en el Hospital Kallvu Llanka.</p> <p>Pregunta: Hola E1 ¿cómo estás? Te quería preguntar, bueno, un poco la idea de esta entrevista es que tú me cuentes cómo ha sido todo el proceso de atención que has tenido en el PROSAM, en el programa de salud mental, incluso desde cómo llegaste ahí, de cómo accediste y cuál ha sido tu experiencia, las atenciones que has tenido, cómo te has sentido y en la medida en que vaya avanzando, yo te voy a ir preguntando y vamos a ir orientando un poco para conocer un poco qué es lo que ha ido pasando y cómo ha colaborado en tu rehabilitación, en tu atención, eso. Cuéntame cómo, desde cuándo que estás en el programa.</p> <p>Respuesta: buenas tardes. Yo estoy en el programas hace súper poquito, me refiero de dos meses, pero por lo menos para mí es una buena experiencia. Me ha servido, el motivo que me llevó a llegar al programa. El motivo para mí fue ya sería como una ayuda que busqué yo misma, porque no me han derivado de ninguna parte.</p> <p>Fue una consulta espontanea entonces (comentario del entrevistador). Busqué yo la ayuda porque sentí en algún momento que ya sola no era tan fuerte mi mente, mi fuerza para buscar a lo mejor respuestas, de lo que me estaba sucediendo. Yo tengo problemas en éste caso, con uno de mis hijos, que puede ser casi la menor de todos mis hijos (perfecto). Entonces empezaron a suceder cosas que para mí fueron que todavía no las entiendo la verdad.</p> <p>Pregunta: cuéntame E1 cuántos hijos tienes y donde vives ahora.</p> <p>Respuesta: Yo tengo siete hijos de diferentes edades vacilan dentro de los veintiún años y los cuatro años. Son cinco niñas y dos niños. De la medida en que mis hijos mayores han ido cumpliendo su mayoría de edad, la mayoría no vive en mi casa, de hecho ninguno de los mayores viven en la casa conmigo (cuantos mayores son aproximadamente) en estos momentos son tres (y vives con tus hijos menores y con tu marido, tu pareja). No, no, no no. Por lo mismo también el tener hijos de diferentes padres he tomado esa decisión de no vivir con nadie, con ninguna pareja. Muchos años ya..... Mi pareja que tengo ahora tiene, tengo ocho años con él, él vive en su casa yo vivo en la mía (Como puertas afuera) si compartimos él va a mi casa, compartimos lo más posible con la niña en este caso (perfecto).</p> <p>Pregunta: y cuéntame y cómo tú te enteraste del programa, cuando tú participabas de atenciones en el hospital.</p> <p>Respuesta: Si participo, en este caso como el hospital está dividido en un sectores, por los colores en este caso, el sector de nosotros nos corresponde un</p>	

rojo, entonces siempre iba al dentista, los controles de mi hija que a las chiquititas prácticamente dos o tres veces al año tengo que ir si o sí.

Pregunta: Y te atendiste en el hospital antiguo también.

Respuesta: sí, vengo del hospital antiguo del año dos mil nueve vengo atendiendo en el hospital de Cañete, ahora se llama hospital Kallvu Llanka.

Pregunta: y ahí por ejemplo te habías atendido en salud mental anteriormente.

Respuesta: no, nunca, nunca recurrí a eso, sí sabía que existía esa parte del programa. Lo sabía, lo escuchaba. Como le dije antes yo soy dirigente, entonces yo trato de informarme para uno también tener la información a la gente de las comunidades (y cuéntame y eres dirigente de alguna comunidad, de alguna agrupación, Cuentan un poco). Yo soy dirigente de mi comunidad, en este caso, la comunidades Mapuche son las familias. En éste caso el Estado nos obliga a agruparnos, ¿cierto? Para recibir ciertos beneficios. En algún momento. (Y cuéntame, y como comunidad o como dirigente tenías conocimiento de este programa). Sí, si lo había escuchado. (Algunas personas se habían atendido en éste programa también) sí, no a muchos detalles esto obviamente la mayoría de la gente llega ahí por un tema personal (claro claro) pero sí sabía que hay gente que se atiende ahí.

Pregunta: Y cuéntame y tu percepción antes de ingresar al programa a propósito de estas personas que se atendían, cuál era tu percepción antes de llegar al programa.

Respuesta: La verdad yo personalmente pensé siempre que nunca lo iban a necesitar, nunca pensé en llegar allá porque me sentía con la capacidad de pasar en este caso los problemas pero las dificultades nunca en la vida me había pasado de que yo lo encontraba la respuesta por algunas cosas porque ahora te va la tecnología, cierto? (Claro, claro, claro). Y ahora uno no encuentra la respuesta de algo, no conoce, uno lo pone en el computador y te aparece, pero hay cosas que no, hay cosas que no, y lo que creí yo más cuerda en este caso es llegar al profesional. En este caso, para haber si encontraba alguna respuesta.

(O sea, tú nunca te habías atendido con un psicólogo, con asistencia social con alguien de salud mental) en este caso, en este caso si me había pasado algo he he he en mi último embarazo, en mi último embarazo que mi hija no fue, como se dice, (¿programada?) si programada, llegó y yo no pensaba tener más hijos. (Entonces no estabas preparada) fue muy complicado para mí, pero yo como le dije, como no la quería, entonces nos fui a los controles como hasta los siete a ocho meses, o prácticamente a parir, y me derivaron al hospital de Curanilahue y ahí sí me habló un joven, yo me acuerdo que un psicólogo habló mucho conmigo, la verdad yo pensaba muy mal de mí embarazo, o sea, (te entiendo). Y ahí recién, fue mi primera y buena experiencia. Esa fue mi primera y buena experiencia porque yo la verdad estaba tan cerrada en mi cabeza, que yo no pensaba en mañana. Tampoco pensaba en que me iba a suicidar, en la mente en ese tiempo se bloqueó. No pensaba nada, me sentía mal no más. (Perfecto, me puedes contar un poco más era algo emocional, más físico) tenía rabia la verdad y no quería pensar que esa rabia se convertía en dolor y yo me sentía muy mal que yo no podía ni respirar bien, entonces eso me pasó esa vez y me acuerdo que él me habló conmigo, me trató de encontrar la razón de por qué me estaba pasando, que podría pasar (y esa experiencia fue cómoda para ti, te agradó conversar con

este profesional). De primero no. Porque sentía...en realidad yo sentía que cuando no quiere que la ayuden, aunque vengan o uno entienda que las personas te quieren ayudar. Pero cuando uno no quiere, no lo encuentra nada, bueno, lo rechaza (Esa era tu postura inicial). Esa era mi postura. Yo no quería hablar con nadie. Venían los médicos. Venían la ginecólogo, yo no quería hablar con nadie, solamente pasar por el trámite de parir y no sé qué lo que iba a pasar después y eso era lo que me bloqueaba, eso es lo que me hacía entender, porque yo no pensaba que yo iba a tener mi guagua, que no me iba a cuidar, que lo iba a criar. Al tratar de pensar eso era como una rabia que me daba,(mira), una impotencia. Claro, eso me hizo sentir culpable con mucho tiempo después si. Igual uno después empieza a sentir que no corresponde que uno piense así de un bebe, si los bebes no tienen la culpa (o sea después reflexionaste un poco más) siii (visibilizarse un poco más y comenzaste a evaluar). Entonces, (Y ahora qué es lo que te motivó a buscar la atención, que había con tu hijo, que tú dijiste no, necesito esto me sobrepasó). Esa cuestión me pasó porque nosotros tuvimos un problema, cierto, pero los problemas fueron de personas externas, entonces que hicimos nosotros como familia, nosotros nos refugiamos entre nosotros, nos apoyamos, en este caso yo y mis hijos nos apoyamos y nos afirmamos entre nosotros, pase lo que pase, entonces en un instante que pasaron tres años de eso, (tos fuerte) donde mis hijos (tos fuerte) en este caso afectados, ayuda psicológica, ayuda psiquiátrica, (o sea la atención partió por tus hijos al principio). Sí, pero ahí en este caso a través del tribunal, nos derivaron a los PRM. A eso me refiero que recibieron como un apoyo, entonces uno no, uno tenía que siempre estar conteniendo, uno como mamá, como adulto responsable y no voy a decir que los papás de mis hijos han sido unas personas responsables y contenedoras, al revés. Aparecen una vez a las quinientas.

Pregunta: Cuéntame, ¿y qué es lo que estaba ese minuto que tú dijiste... ya!!! voy a pedir la atención, voy a pedir la hora, me voy a acercar?

Respuesta: en éste caso sucedió que mi hija, una de mis hijas la afectada se sentía tan mal, la de doce años, ella nunca conoció a su familia paterna, jamás... nunca para nada y a los doce años ya me pidió que quería conocer su familia y ahí ellos se acercaron y paso lo que tenía que pasar, en la parte administrativa con el tema de las pensiones pero para mí fue incómodo la verdad, la verdad por mí yo no lo hubiera hecho nunca. (O sea, tu hija te pidió que avanzaran en ese tema y partieron por un tema administrativo) que lo buscara. Y el tema de la demanda cierto, donde él reconoce también a su hija, cierto y empieza todo y él pidió las visitas y para mí eso fue como... y ahí empezó el quiebre, ya que cuando ella salió de mi casa, con esa familia, empezó a salir, para mí ella empezó a llegar de vuelta como que traía otros pensamientos. Otra forma de mirarme, me empezó a mirarme en menos. Empezó a fijarse en cosas por ejemplo, que nosotros éramos pobres por ejemplo, se empezó a meter en el tema religioso, ya de que nosotros estamos, no éramos hijos de Dios, cosas fuertes para mí, (porque ella tenía este pensamiento) su familia son religiosos en este caso. (La familia del papá, eran evangélicos) no sé qué inglés van, pero la cosa es que todos los sábados, los fin de semana se iba después de la escuela a compartir con ellos, cierto, por un tema de visita, de que acordamos la mediación cierto, pensando y yo sabía más menos que podría ser un perjuicio, ya porque como le

digo, son gente que nunca lo ha conocido. (o sea, tú no conocías a la familia de él), si lo ubico, y más menos sé cómo son ellos. Entonces, yo no quería que tuviera esa relación así. Pero como ella era grande y yo jamás me he opuesto a lo que mi hija, mis hijos en éste caso deseen y quieren, al revés, yo he tratado siempre de apoyarlos a todos, aunque no me guste, aunque no me parezca. He tratado de apoyarlo, entonces bueno, en este caso ella lo pidió y sentía y lo veía que era un bien para ella, de conocer a su familia, de tener otras personas donde apoyarse, pero ella empezó a cambiar mucho como le digo. Se me empezó a meter la religión yo no tengo nada contra la religión ella es libre (y que es lo que marca el quiebre) ella en este caso empezó a hacer cosas, así como esas, entonces para mí habían dos posibilidades, cortarla de una y decirle se acabó y no vay más, o tratar de entender y de aceptarlo en este caso. En lo cual hice lo segundo, tratar de aceptarlo, pero cada vez fue más escalando las cosas, el quiebre como se dice. Ya después ya como le digo, no solamente nos decían que no quería estar conmigo, no quería estar en mi casa después de que empezaron a caer mal su hermano, su hermana, ella como quería que yo estuviera solamente para ella. Solamente para ella. Ella no reconocía sus otro hermano como hermanos, ya aquí ya se acabó, yo no quiero, incluso me pidió que entregara a mi hija pequeña, se la entregara su papá, y que ella era la que tenía que estar en la casa. (O sea, se puso así como muy radical, muy extrema). Exactamente. Entonces esas cosas para mí fueron muy complicadas. Y de ahí ya yo dije bueno (¿Con quién tú fuiste al hospital, llegaste un día al hospital, llamaste por teléfono? ¿Cómo llegaste allá?).

No, fui sola (fuiste sola para allá) si fui sola. En este caso, la primera vez hablé con la señora asistente social....Luciana, Alejandra.... con ella hablé en lo cual tuve una muy buena acogida al principio, altiro. Ella nunca me dijo, no sabes que ven en una semana más, no ella me atendió altiro, se hizo el tiempo para tratar de ver cómo me podía ayuda. (sí, sí, sí). y de eso de ahí, ella me dijo que estaba este programa, ¿cierto?, donde me podía ayudar, darme una mano sí creía yo que lo podían ayudar, me podían ayudar. De ahí me dedico ahí en este caso a que pedir ahora, porque hay que pedir ahora. De ahí me derivó en éste caso a que pidiera hora, porque hay que pedir hora. De ahí después de eso, una semana después me llegó la hora para hablar con ella. Con la primera que hablé fue con ella. Con la asistente social.

Pregunta: Y cuéntame ahí cómo te sentiste en la primera acogida.

Respuesta: La verdad yo pensé que . . . la verdad que yo pensé que iba a hablar ese día con ella no más y como que ahí se iba a terminar . . . como que en el fondo no tenía mucha esperanza, la verdad para que voy a estar con cuestiones. La verdad yo siento que el servicio de salud o el sistema de salud, en realidad es deficiente en casi todo. Por lo menos en lo que yo he sido atendida, casi todo. No tenía mucha esperanza de poder encontrar una respuesta, más que nada, porque uno también se cuestiona.

Yo me sentía muy culpable, me sentía mal pu. (Claro, claro). Eso es lo que más me afectaba, lo que más me pasaba diariamente, me sentía tan arrepentía de haber permitido, haber hecho cosas que en realidad ahora todo se volvió mi contra. (Cuéntame y ahí por ejemplo que estabas muy complicada. ¿Quién te atendió posteriormente?, ¿Sabes qué te dijo el asistente social?, ¿Qué te

propuso?).

La verdad, la asistente social ha hecho todo el trabajo, en el fondo bueno, no sé qué es lo que va a seguir ahora. ¿Qué es lo que va a seguir ahora prospectos del programa? ¿Por qué? Porque la asistente social, siento que hasta lo que yo he hablado con él, que me he atendido, que yo he ido a cuentas veces..... yo sentí como que llegué donde ella y ella está clara me dice que va a ver el tema de derivarme el médico y el dentista porque a mi producto de lo que me pasó se me cayeron todas las tapaduras, tenía tapaduras para cómo se llama.... Para los programas que me hacían cuando uno está esperando guagua, y hay programas especiales pa uno y me habían arreglado todos mis dientes. Y cuando yo pasé por problemas, se me cayeron todas las tapaduras. Todas. (O sea estabas muy nerviosa, me imagino que apretabas los dientes). No sé. Pero la cosa es que esas cosas me empezaron a suceder, no he podido dormir, hace mucho tiempo, no duermo tranquila en las noches, despierto tres, cuatro veces, el tema de mi trabajo, Por eso le digo, empecé a colapsar, porque todas las cosas las iba dejando a medias, media, media, media. (Te derivan un psicólogo luego) si ella me dejó derivada al psicólogo, de hecho yo conozco a una de las psicólogas ahí, yo he hablado, pero no consulta, hemos hablado, extra oficial. En el mismo hospital, por supuesto. ¿Qué era esa psicóloga? Era la señora Connie, con ella hablé bueno por supuesto yo no voy a decir que me han desviado, me han sido que no se puede, siempre han sido que uno vuelva. Como que uno no se desaparezca cierto(claro claro, o sea te dejan a ti la opción de que tú tomes la hora posteriormente) exactamente, en este caso la asistente social como ingresé al programa y ella así lo hizo, así lo hizo cierto, me deriva, pero está tan colapsado la hora que no podía ser atendida así oficialmente por la psicóloga. Ahora yo sé que la psicóloga oficial del sector, está con licencia, tuvo un accidente, está atendiendo a una suplente. Entonces, igual eso para mí, es complicado. Yo le dije cuando llegara la oficial de este caso lo hiciera porque pasa, yo ya lo viví con el tema de mis hijos, ellos estuvieron mucho tiempo por ejemplo seis meses, con una psicóloga y de repente la señora se acabó el programa y se fue, y produce un quiebre en el paciente (claro) y yo no quiero que me pase eso a mí, (porque cuál es la expectativa que te generas a propósito de la atención o estás esperando a que vuelva a la psicóloga o la persona) lo que yo quiero en este caso, lo que espero yo en el fondo, es que me ayuden a entender las cosas que no entiendo. Que mi cabeza está quebrada, cosa que son, según yo son reales, son reales cierto, pero todavía no encuentro por que están sucediendo, el mismo tema, ni por qué, como de repente de un día para otro se me cayeron todas las tapaduras. Me empezaron a doler lo que es la cabeza, pero un dolor constante. O sea, también me dolió un vez al mes, pero ahora un dolor constante. (¿Y qué pasa que te dice la asistencia social cuando tú le cuenta esto?) me dice que todo esto se deriva me dice de la salud mental, cuando uno está mal, cuando uno está colapsado, pasan, el cuerpo se descontrola la total y todo lo que uno, no sé pu es bueno para correr y cuando tú estás así y no corrí más, y no tenía la fuerza, no podía hacerlo no más, no se me dice todo tiene una explicaciones todo todo todo entonces qué es lo que tiene que hacer uno, retomar eso pero a lo mejor de otra forma, a lo mejor en otro horario, otro día.(Y cuando te atiende ella, conversa estas cosas, cómo me vas sintiendo) si ella me

ha escuchado, yo creo que ella me ha escuchado yo siento que ella fue como un gran apoyo en poder escucharme, porque el hospital también es limitado, o sea a la hora te dan una hora, o sea puede ser una media hora, o sea, pueden ser cuarenta y cinco minutos, puede ser una hora(y ella cuanto tiempo te atiende) una hora, la última vez que fui me di cuenta que me atendió una hora y cuarto, pero ella no me dijo nada, no me dijo apúrate, no (porque habitualmente que es lo que te había pasado en el hospital respecto a los tiempos de atención) no lo que pasa es que en el hospital, bueno, no sé, ella por lo menos me han atendido a la hora. Pero la gran mayoría de las veces que me que me he atendido siempre o te atienden a la hora, o te atienden después, entonces me molesta el sistema del hospital porque si a ti no te atienden a la hora, uno no se puede enojar, no se puede molestar y no puede llegar tarde, pero ellos pueden atrasarse, quince, veinte minutos, hasta una hora y uno tiene que quedarse callado, entonces ese sistema me molesta del hospital, como usuaria, me molesta mucho, pero ella en este caso no tengo nada que decir, en este caso el programa a mí me atendió a Laura y como yo entiendo, yo a mí la verdad no me han dicho, oye sabí que tengo media hora o que tengo cuarenta y cinco minutos, nunca me ha dicho eso, siempre me ha atendido a la hora y me ha dejado que yo termine, como se dice de explayarme (si, si, si, y cuesta una cosa y ahí ¿Qué es lo que te propone ella a propósito de las atenciones? Te sugiera a la psicóloga que te cuenta del tipo de atención de los temas que van a tocar, o de como los van a tocar) bueno lo que me ha dicho en este caso la señorita aparte de escucharme, a tratado de explicarlo, o sea, de hacerme entender de por qué pasan algunas veces, de que darme una explicación más o menos a lo mejor científica también como en la parte de estudio, yo la veo de ella como una profesional y entiendo lo que ella me está diciendo, no es una cuestión que se le ocurrió en el momento.

Pregunta: Cuéntame E1 porque además de este programa tú en algún minuto, bueno tú eres Mapuche, pediste ayuda en otro espacio, en otra instancia.

Respuesta: si la verdad sí, yo llamé un día por teléfono a un programa que como dirigente nos informaron, incluso ellos vinieron a las comunidades informando, que es un programa de salud mental que se llama telar y nos dejaron en este caso, nos explicaron de qué se trataba el programa, más que nada estaba enfocado hacia la violencia que se está sintiendo en el territorio (Perfecto) ya!!! De parte del Estado, de las policías cierto, cómo lo vivimos y también la violencia entre las propias personas, entonces nosotros como Mapuche como la estábamos viviendo y en eso están enfocados entonces por eso nosotros teníamos esa información, bueno yo la tenía, y sabía que podía recurrir pero como mi tema no era precisamente con eso por eso lo había evitado, pero la verdadero yo pregunté en el COSAM por ejemplo, de Cañete. Muchas veces, cómo podía atenderme y ellos me decían que tenía que ser derivadas por el médico de mi sector a ese programa, en este caso es parte de salud mental, pero en este caso el COSAM, ellos siempre me derivaban que el médico tenía que mandarme para allá, ellos no lo pueden agendar a diferencia del PROSAM, en este caso yo ingrese, yo fui a pedir la hora, y no me derivaron al médico ni nada, me atendieron altiro, en el caso de la asistente social (la asistente social te propone atención por médico también) si!!! Si me dijo que en este caso iba a hacer todo lo posible de derivarme al médico, cierto, con todos los informes,

porque cada vez que yo iba a hablar con ella, iba tomando apuntes de lo que me está sucediendo. Por ejemplo, de eso que no puedo dormir, que se me cayeron las tapaduras, que tengo dolor, que no sé, hay cosas que yo siempre hago, por ejemplo, el tema y yo he tratado de ser lo posible de no quedarme, porque por mí yo me quedara en mi casa y no salgo más no más, (te entiendo), pero ella trató de informarme, que tratar de seguir, que de a poco pero que no dejara de hacerlo (te iba incentivando) eso y ahí va anotando todo eso lo que me pasaba físicamente (y en este tipo de atención tú viste algún tipo de atención como una orientación a propósito de ser Mapuche, una atención intercultural). Sí. De hecho, cada vez que ella hablaba y siempre me trato con Lama, nunca me decía oye tú y Lama porque ella sabe que también soy parte de las comunidades y yo creo que por eso también se dio tiempo. (Cuéntame, cuéntame un poco de ese trato, a que te refieres con eso y cómo te sientes). Primero que nada, que cuando uno lo saluda, ya es como que uno lo reconocen, que uno es Mapuche. No es lo mismo que te diga, hola como estái, que Mari Mari Lamngen, Faley, entonces ya uno entiende que la persona que está hablando en tu idioma, por ende uno se siente. Sabe que no es un hla no más, como saludar. Para mí la diferencia está ahí, si te saludan. Uno a ahí se siente un poco en confianza de sentirse Mapuche porque el sistema igual no diferencia mucho entre ser o no ser Mapuche (y el saludo tú dices que el saludo es algo muy valioso en ese minuto) si, para mí como Mapuche si, a los que me saluden como Mapuche es porque yo, sentir y vivir al profesional que ellos saben que uno es Mapuche, que uno es diferente.

Pregunta: En qué más, en qué más tú te sentiste, que existía una atención distinta. Más distintiva.

Respuesta: Cuando conversábamos por ejemplo, cuando uno conversa, porque en el día hay palabras, una verdadera palabra que uno va entendiendo, como dicen los Lamngen Mapuche, la cosmovisión Mapuche, ella entiende por ejemplo que yo necesito, por ejemplo estar en la tierra, no puedo estar en la ciudad, por ejemplo si cualquier cosa me pasara de enfermedad y todo ella sabe, ella entiende y sabe, que ella no me dijo, sabes que tienes que hospitalizarte, no me dijo eso, al revés, ella entiende que para mí el hospitalizarme es algo en contra mío. (Como sacarte de tu lugar) Exactamente, entonces ella sabe y entiende que lo primero que uno tiene que hacer como Mapuche, es estar en su Mapu, eso es como el alivio para uno y por eso que en éste caso, la parte intercultural yo la vi, por eso me generó confianza ella igual, porque entiende eso, no que yo se lo dije, si yo lo sabía y siempre hablamos de eso, una parte intercultural de que uno necesita por ejemplo estar en su Ruka. Yo le dije si nosotros tuviéramos sentados, igual que ahora con usted, ustedes saben que yo lo quería que fuera a mi espacio (ríe), pero por circunstancias del día no no pudimos, pero uno se siente en este caso uno se siente más tranquilo en su espacio (en su espacio) y ella lo entiende también, de hecho también le conecté lo mismo que le dije a usted que para mí, los Mapuche me siento mal en el hospital (o sea, te gustaría dentro del programa que te visitaran por ejemplo) bueno eso es personal (que tú compartieras con ellos), si pu una cosa así, si pu porque al final ellos van a ver la realidad de uno y también van a sentir a lo mejor lo que uno vive diariamente, pero ellos lo saben en éste caso, en este caso la profesional sabe, que para uno es más cómodo y con eso se siente más tranquilo, que por ejemplo si ellos ven

que uno está en el suelo en la tierra para ello no va a ser una gran cosa y ellos saben que uno vive así. Entonces uno le puede decir las cosas, a diferencia de los médicos, por ejemplo, le dicen que no, que es insalubre, que te hacen comentarios como eso, que uno al final se cierra, no habla más, (te entiendo) uno no dice nada más y de que va a hablar si al final lo que uno hace diariamente, por ejemplo yo cuando prendó el fuego, la humaera como me dicen en la casa y todo, yo no me siento mal pu (actitud afirmando enfáticamente que se siente muy bien en dichas actividades), (o sea porque es algo tuyo finalmente) exactamente, pero yo si yo le digo al médico a veces, que estoy resfriada, a no pu porque ella no puede aspirar más humo y tiene que hacer lo posible de no, de no aspirar o no estar en un lugar con humo, porque la hace mal por ejemplo, (o sea lo que me estás hablando tú tiene que ver con el respetar la forma de vivir que tú tienes) exactamente, (y eso es lo que a ti te hace sentir diferente, distinta) y yo sé que en este caso lo poco y nada que hemos conversado y sabe sé que nunca va a cuestionar eso, sé que puedo hablar en confianza y decirle que yo vivo así, yo hago esto, yo estoy haciendo esto, no va a ser algo como sea, algo que sé que me van a decir o me va a cuestionar.

En la otra parte cultural, también entiende y completo también los tiempos. (Y ella en este contexto de las primeras entrevistas, te ha preguntado la posibilidad, si te has atendido a través de una Machi ... con una persona del pueblo Mapuche. A propósito de ésta situación, asea has pedido ayuda ahí). Sí, lo que pasa es que lo que he hablado con la Lamngen (refiriéndose a la profesional). Ella ya, hemos conversado ese tema. Ya, pero también ella entiende por qué mi familia también entiende, entienden el tema de la salud intercultural. Sí. Pero hay cosas, por ejemplo, incluyéndome y yo también entiendo todo lo de la salud intercultural, pero hay cosas que escapan a nuestras capacidades, por eso yo llegue allá (refiriéndose al Prosam), yo entiendo y comprendo hace mucho tiempo que la salud Huinca (refiriéndose a la salud no Mapuche, a la salud occidental), a la salud externa de la Mapuche es un complemento. (Claro). Se pueden apoyar una con la otra, se pueden. Hay otro que no. Que se cierran y es un no nomas. (Y en tu caso, por ejemplo, no acudiste en ese minuto a la salud Mapuche por alguna razón, sentiste que eso era una dimensión distinta o que te podía ayudar más bien el programa, cómo tomas que la decisión ahí) lo que pasa que uno entiende, como Mapuche que el Kütran, la enfermedad, el Kütran es algo que se toma de uno, uno como Mapuche, la enfermedad lo toma a uno, entonces hay dos posibilidades, uno se protege de la enfermedad y no hace cosas que sabe que puede la enfermedad incluirse en tu ser y la otra es que uno se incluye en la enfermedad, uno busca el Kütran, uno haga cosas para que uno se enferma en este caso, y en éste caso para mí fue muy complicado porque lo que yo sentí que me estás sintiendo mal, que yo sentí que yo hice algo. Entonces ahí, cuando uno hace algo uno sabe lo que tiene que salir, tiene que salir de ahí y en ese caso yo sé que podría ayudarme con la salud Mapuche, pero lo que me complicaba mucho y lo que me complica, es que yo sentí que entró en parte por algo mío, de mi propia sangre que es mis hijos (si). Entonces uno como le decía yo a la señorita, a la Lama, le dije, yo no puedo lo que mi corazón me dicta, mi Pëlli (alma) me dicta mi mente me dice y me dice que yo tengo que luchar contra ella en este caso y yo no puedo, yo no quiero mi mente, mi mente mi racionalidad, me

dice que no pu, que no puedo hacer eso. Entonces ahí se produce ese corto circuito, la desconexión y por eso yo no recurro al tema Mapuche porque, o sea a la medicina Mapuche, porque yo sé lo que tengo que hacer, entonces para mí por eso es complicado y por eso yo siento que en programas o en este caso los profesionales que he hablado siento que ellos tienen esa respuesta, ellos me pueden guiar a lo mejor, quizás para allá, esa es mi esperanza eso es lo que yo quiero pero también siento que tienen que estar las condiciones (y cuáles son esas condiciones) las condiciones es la continuidad, que no se separen mucho en el tiempo, porque uno como se dice para uno como Mapuche o como persona para uno es complicado y como se llama, buscar ayuda después de tantas cosas que han sucedido, buscar ayuda, que de repente te sintai como que veí al profesional una vez al mes, porque ese espacio de continuidad, se pierde, se pierde, porque yo me sentí valiente cuando decidí sacarlo de mí eso, o sea expresarlo. Y después cuando me sentí bien para que voy a decir una cosa por la otra, al conversar y ver la acogida de la profesional, ya me sentí bien y como dicen el enfermo me alivié un poco bien así que nos vemos gracias por su escucharme (cuénteme una cosa, cuando tú dices me sentí bien, me alivié me podrías contar un poco más de eso, de esa experiencia....) lo que sentí, sentí como que yo me miré en el espejo y me hablé a mí misma, con la diferencia de que no lo hice yo. O sea, la que me habló no fui yo. Fue otra persona que me estaba mirando, que me estaba escuchando. Entonces que, en este caso una persona que yo no la escuche y que también sino yo la conozco y sebe todo de mi vida o sea un tema puntual y que ella me devolviera una respuesta, en este caso que calzó en mi mente en mi lonko y para mí eso fue, para mí no era porque yo me sentía mal, me sentía culpable, entonces al escucharla a ella que en realidad sí las cosas malas sucedieron cierto, pero todo tiene la implicación porque yo pensé que no había explicación, eso es lo que sentía yo, esa era mi congoja, ese es mi bloqueo de la mente (porque pensando en la culpa como la enfermedad, ¿Cómo era la culpa?) Por qué uno tiene ese sexto sentido o esa intuición, como quieran llamarlo, uno sabe que hay cosas, que uno puede hacer y que pueden resultar en su contra, pero cuando son para los hijos, en mi parecer no debe hacerla no más, por el bien mayor que el hijo, entonces cuando yo sentí que eso que yo hice que sabía que iba a resultar mal, y realmente sucedió y a lo mejor no tan tan como pensada pero me dolió igual. Imagínese que toda esta situación me tocó que mi hija no esté conmigo. Mi hija no está conmigo, entonces y dentro de eso no solamente ya no se fue como si se dice bien de mi lado o sea se fue molesta, rabiosa, es como que de repente de un día para otro mi hija, ya no era mía. (Era otra persona). Era otra persona. Y que más encima nos deje sumió en la parte judicial. Para mí fue fuerte, muy fuerte. Entonces, claro, saber lo que sentí yo en algún momento como que esta cuestión no iba a terminar nunca, mire para atrás y vi a mi hija chica y medio rabia, me dio rabia con ella porque dije para eso estoy criando yo, para que un día x, venga y te ponga la pata encima sin piedad, entonces eso me sucedió, entonces cuando yo la escuché que en realidad todo tenía una explicación y las consecuencias que mi hija también había sufrido, que también lo estaba pasando mal, eso para mí fue como un quiebre, ya esa rabia, ese dolor que tenía tan fuerte, bajo la intensidad y pude pensar un poco mejor puede tranquilizarme y quizás, eso es lo que me pasó, cuando ella me

dijo que no iba a estar sola, que iba a pasar esta situación pero que no me colocara ahí, en el borde del abismo a ver si caía o no caía (y eso como te hizo sentir, estas palabras como de contención de apoyo) bien por supuesto que sí, salí más fortalecida las veces, porque las últimas veces que hablé con ella yo me vine más fortalecida, porque ya entendía, me quedó un poco más liviano de que me importa, se vienen más momentos más malos. Y saber que lo voy a pasar (y como te gustaría que te siguiera apoyando el programa). (Yo creo que te emociona hartos igual) (con lágrimas en los ojos y expresando la pena). Sí, me gustaría que, como le digo, que no se perdieron la continuidad, que llegar a un proceso, como se dice, de análisis también, que uno puede ver hartas cosas buenas y también otras cosas malas pero, hay que ir viendo también cómo va avanzando uno también. Yo me encuentro que estoy un poco más tranquila. Pero a lo mejor la profesional o el profesional dice que no me ve tan tranquila.

Pregunta: Cuéntame una cosa y tu hija cuantos años tiene.

Respuesta: doce. (Ah, chiquitita todavía. Claro) De edad es chiquita, es más grande que yo físicamente. (Pero claro, está en una edad difícil igual). Es que ella ha vivido muchos procesos duros en la vida y en cierta forma, yo he tratado siempre de entenderla, de entenderla, lo que pasa es que lo que sucedió ahora yo lo preveía, ese es el tema nada más, yo sé que ella ha sufrido, yo sé que ella lo ha pasado mal y ha sido un tema fuerte, yo quizá también si fuera niña, si me hubiera puesto en la situación que ella está, quizás hubiera hecho lo mismo a lo mejor. (Claro, claro). Pero diferencia de que yo nunca sentía el apoyo de mi mamá, nunca ya, en ningún aspecto, ni pa bien ni pa mal, como era la hija mayor entonces (o sea este amor y cariño que tú me refieres como que tiene que ver un poco con eso, tú quieres darle a ellos como lo que te hubiera gustado recibir) lo que pasa es que yo he sido muy concentrado en mis hijos y yo siento que le he dado lo mejor de mi vida a ellos, mi tiempo, todo, de hecho yo vivo en el campo por ellos, si yo también tengo mi profesión, cierto, soy conductor profesional, trabajé en mucho tiempo así, pero yo no quise vivir lo que vivió mi madre, mi madre trabajó mucho. Salía a las cinco de la mañana, llegaba a las doce de la noche. Pero llegar y no ver a tu hijo y pasaron los años, pasaron los años. Mi mamá no los veía nosotros (relata emocionada con pena). Nosotros no nos veíamos, entonces yo dije no, yo amo a mis hijos, no digo que mi mamá no nos amaba, yo siento que sí (pero las circunstancias de la vida, la llevaron a trabajar y a tener que ustedes quedarse en la casa) si, porque en la ciudad el sistema de la ciudad es horario cierto, uno tiene que cumplir un horario, yo trabajando para llevar el sustento a tu casa, y tú no tení opción. O sea, trabajáis de ocho a cinco, sí o sí.

Pregunta: y volver al Wallmapu, ¿Cómo se siente? de la ciudad venirse para acá.

Respuesta: Para mí fue genial (en tono de tranquilidad y desahogo). Para mí fue genial, aunque cuando nosotros volvimos, cuando éramos mas niñitos, fue fuerte, porque nos criamos en la modernidad, hasta los dos años yo me crie en la modernidad, cierto, cuando uno tiene el baño adentro de la casa, el agua adentro de la casa, abrir la llave, he tenido y entonces volver acá y llegar sin casa, sin nada, fue fuerte para nosotros. Mas encima, lo bueno que tuvimos nosotros donde llegamos, donde todavía existía un poco la comunidad, fue Huentelolen, donde mi madre es originaria (de Huentelolen tu mamá mira) entonces nos

ayudaron mucho los vecinos y llegar sin nada de un día a otros porque mi madre salió de cómo se dice, de un día para otro de Santiago, así de simple, no fue una cuestión planificada (pero es una decisión de ella o pasó una situación que se quedó sin trabajo y se vinieron o ella decidió). No, ella decidió, vivió muchos años, como veinte años después supe porque ella se vino. Fue una cuestión así que nos vinimos prácticamente con los puestos, en el tema por seguridad de ella especialmente, ella tenía que salir de Santiago (perfecto) ya, entonces llegamos acá a la nada, yo jamás, yo había venido de visita, llegamos a la nada particularmente sin luz, sin agua, sin casa, sin nada. Y como mi mamá siempre ha sido orgullosa, ella no quiso llegar a donde sus familiares y con su montón de hijos, que como éramos siete no más (ríe), no quiso llegar a molestar, no quiso llegar a molestar según ella y vivimos mucho tiempo debajo de carpas, porque en Santiago como había trabajado en ferias, entonces se trajo las carpas; carpas de lona. Entonces, (se vinieron en vehículo con todo). Sí, mi mamá nos tomó un día y dijo, a nosotros no nos dijo que no veníamos, a nosotros nos dijo vamos a ir donde la tía, teníamos una tía que falleció. Y nos dijo, van a ir donde la tía, nos van a esperar allá, y llegamos aquí a Cañete, y nosotros jurábamos, como yo soy la hermana mayor, entonces yo venía con mis cuatro hermanos más pequeños y nosotros jurábamos que veníamos de paseo pu, (carcajadas de risa) Genial pu, para nosotros que saliéramos de paseo al sur y al campo, pero cuando mi mamá llegó al otro día con un camión se puede decir, con sus cosas, cachureos, los perros y ahí nosotros quedamos bloqueados, o sea nos vinimos y mi mamá mucho tiempo . . . (o sea ella no les dijo, al final nunca les dijo) nada!!! (ustedes vieron cuando llegaron los perros acá, era porque ya era definitivo) nosotros entendimos que por esa situación entendimos que nosotros no veníamos, pues, mi mamá nunca nos habló, nos dijo hijas, nosotros nos veníamos por esto, por esto otro, o sea, mi mamá siempre actuó así.

Ese fue nuestro retorno, porque éramos niños, entonces para mí fue como duro, cruel, complicado, entonces yo estuve terminé mi enseñanza básica y también me enoje con mi mamá y mi mamá un día me dijo, tal cual. Seguí estudiando o te vai. Cuando yo tenía quince años. Yo elegí irme (era muy dura ella) Especialmente conmigo, no sé, no entiendo hasta el día de hoy porque, esa es otra explicación más que me gustaría algún día saber, no sé si la tendrá ella la verdad, pero ya no tengo esperanza de que ella me lo diga (¿ella está viva aún?) si, es joven tiene sesenta y seis años. Así que me fui, me fui enojada porque me dijo que si me quería me iba y si me quedaba en la casa, yo tenía que estar bajo su alero y en este caso, tenía un padrastro que ella quería que nosotros le dijéramos papá. Ese fue el quiebre duro, yo le dije que yo jamás le iba a decir papá (con actitud dura), entonces te vai, estudiái o te vai.

Yo hubiese quedado estudiando, pero no la verdad no me decidí ir, como más que nada porque estaba molesta con ella. Así que me fui a los quince años a Santiago igual, enoja, furiosa. Y allá me recibió una prima, que tengo una buena relación con mis primos. Es una hermana de mi mamá. Ellas me recibieron. Lo malo que al poco tiempo, se quebró esa relación igual, porque una de mis primas, de la misma edad mía, se suicidó. También de ahí, no sabemos qué sucedió, yo no sé. La verdad ya pasó, pero ella era mi compañera, me acuerdo que yo la llamé, le dije, me voy, me voy pa' santiago, me dijo, ya prima, me dijo aquí vamos

a conversar y yo me acuerdo que llegué, no llegaba a la casa de ellos porque quedaba muy lejos de terminar. Llegue a la casa de mi hermano mayor. Y el otro día, o sea, en la tarde, yo me quedé dormida ese día y la llama en la tarde. Y me contesta mi otra prima y me dice, la cami... me dice la paty murió y de repente yo me acuerdo y siento que todavía no lo creo, pero cómo se yo hablé ayer en la tarde con ella. No sé qué sucedió en su cabeza, estaba saliendo del primero medio, igual que yo pu, si teníamos la misma edad, para mí fue fuerte eso, mi prima, tengo primas mayores que yo andaba pa todos lados con ellas, pero de cuando pasó eso, es como que se convirtieron en otras personas y entendido de ello no tengo buena relación con mis primas, con esas primas mayores, con los de mi edad para abajo, con esos sí, pero de ella no sé quién les pasó, no sé la verdad, pero de ese día se quebró algo dentro de ellos en la relación, se pusieron pesadas cuando me veían, como que me decían y vo que estás haciendo aquí, entonces yo ya no iba más a sus casas y me puse a trabajar, ahí como en la clandestinidad porque como una era menor de edad. (Claro). Trabajé hasta los diecisiete años y de ahí me hicieron contrato, trabajé de dieciseis -diecisiete y me puse a estudiar igual (ya) terminé mi cuarto medio en Santiago y de ahí conocí a mi pareja en ese tiempo, que es el papá de mi hijo mayor y yo pensaba quedarme Santiago, la verdad, yo no pensaba volver para acá. De hecho, menos si tenía que estar cerca de mi mamá, porque ella me había echado. (Claro). Para que iba a volver cuando te echan. Y así que mi mamá no la vi durante diecisiete, dieciocho, diecinueve, veinte, veintiuno, hasta los veintidós años y yo no vi a mi mamá. No sabía nada, así si estaba viva, o si estaba muerta. La cosa es que me dediqué a trabajar nomás, a estudiar, terminé de mi cuarto medio, con mi hijo, en brazos, pero terminé. Y ya tuve más hijos y cuando tenía cuatro hijos dije, No, ya, me voy, me voy y me voy, no voy no voy a estar porque me empecé a dar cuenta que estaba haciendo lo mismo que mi mamá, iba a dejar a mi hijo al jardín, a la sala cuna, y no los veía hasta las siete y ocho de la tarde. Tenía las comodidades de la ciudad cierto, (estas relatando lo que habitualmente le pasa a todas las personas que viven allá un poco) Sí, yo viví eso y yo amo a mis hijos, los quiero, no tengo ninguno de mis hijos, a excepción de la última, que yo haya dicho no, este niño salió de por qué me equivoqué, por qué me metí con una persona que na que ver. Yo siempre quise a mis hijos, yo decidí tener hijos, yo tenía dos opciones, o decido tener a mis hijos, o me dedico a hacer lo que era mi sueño cuando era niña viajar, viajar, viajar, viajar, viajar, viajar, viajar. O sea, porque yo soy conductor, me gustan los vehículos, ya sean vehículos grandes chicos. Trabajé en Santiago en vehículos también. Ese era mi trabajo, ese era salir y no tener un espacio donde uno tiene que llegar todos los días, pero cuando decidí tener hijos que era la otra opción, dije no, yo me voy a dedicar a ellos y quiero ver en este caso que es lo que viene después (Fue como una decisión ya venirme) exactamente, (no fue como la primera vez que te trajeron para acá). No, ahí me trajeron sin saber. Y después me decidí a venirme. Le dije en este caso, en ese tiempo a la persona que estaba conmigo, nadie me creyó ni mi hermano. Yo me voy a ir a fin de año y me voy a ir nomás....me voy a ir pal sur, me dediqué en ese tiempo de que cuando yo llegara, que no hacer lo mismo que mi mamá, de traer a mi hijo y llegar a la nada, postulé a subsidio, me hicieron mi casa, cierto. Y sí que cuando llegué, estaba mi casa, construía. Entonces llegamos a una casa

bajo techo a vivir con ellos. Claro, fue duro para mí, porque aquí no tengan trabajo (ríe). Ya que fue duro acá. (O sea, fue reencontrarse con la realidad acá versus lo de Santiago). Sí. Y es complicado vivir en el pueblo acá, porque acá no le dan oportunidad, más aún si uno vive en el campo, más aún si eres indígena, como dicen aquí, más aún si eres mujer y tení hijos, nooooo, muy complicado.

(O sea, tú tenías como todo ese listado que tú dices) es que yo no lo vi, lo viví, no sé. (Pero lo fuiste aprendiendo, como que aquí te fuiste dando cuenta de esa realidad). Y ver tanta injusticia, cierto, por desconocimiento más que nada. Porque aquí, ni una ley te prohíbe que te contraten o trabají porque tení hijos, pero te discriminan pu, aunque por ser Mapuche te discriminan. Cañete es una ciudad muy discriminadora, con la gente Mapuche. La ciudad me refiero.

Entonces, para mí yo lo viví y lo vi, entonces de ese tiempo me decidí a ser dirigente también, porque dije que no puede ser, dije, que uno vaya a la municipalidad a buscar una ayuda y que digan: la verdad es que tú tení que tener esto, tienes que tener esto otros y te mandan de vuelta a la casa. Yo, a mí me pasó que fui a la municipalidad pidiendo ayuda porque realmente estaba súper mal, no tenía que darle de comer a mi hijo ya, y que te manden de vuelta en la casa, o sea que clase de persona, ni siquiera te guiaron, nada, o sea, ni siquiera te decían que no te podemos ayudar, te podemos derivar, no see, por último a otra institución o a la iglesia por último, pero nada nada y ahí yo me hice dirigente y dije no puede ser. Así que ahí empecé a conocer buenas personas y al final pude estudiar, estudié, ya salí de técnico jurídico (mira), siempre me interesaba lo que es las leyes, pero por sobre todas las cosas me dedique a estar con ellos, mis hijos.

Estudiaba, trabajaba, comerciante y me daba tiempo de estar con ellos. Siempre estar ahí, ahí, ahí, pa ellos, porque pa eso me vine. Entonces, después que sucede esto, todo eso que uno hizo, todo lo que uno vivó, que un hijo te lo refriegue en la cara, diciéndote sabí que a mí no me gusta, no me siento bien, no quiero esto y yo no quiero ser como tú, eso pa mí me dolió mucho. Me dolió mucho (con mucha pena). Eso es lo que hizo ella. (Qué difícil, que difícil porque has puesto mucho de tu parte para poder avanzar con tus hijos). Sii, en este caso yo nunca esperé la verdad que mi hijo me agradeciera, oye mamá, yo agradezco todo lo que tú hiciste el esfuerzo, la verdad, no, porque yo lo hice desde el fondo de mi corazón, qué es lo que tenía que hacer, pero que se vuelva como en mi contra eso, No, eso no lo creo, jamás.

Cómo cuando, como cuando le decía a mi hijo siempre, no dejes que nadie te toque, tus parte intimas, que nadie te toque, te manosee, que nadie te diga ni una cosas, ni ese ni ese, ni ese, pero jamás se me ocurrió pensar y decirle que también tuvieron cuidado con su propia familia. Esas son cosas que uno no tiene en sus conocimientos y ni siquiera lo había leído en algún libro. Entonces no son cosas como esa, que uno jamás lo pensó ni lo escuché ni sabía de eso, (cuéntame Macarena y ahí te quería preguntar a lo mejor con más detalle y con tu hija has tenido contacto, has tenido últimas conversaciones), con ella.

(Sí, el programa te ha propuesto sugerido, ha visto la posibilidad que en algún minuto te atiendan con ella para conversar estas cosas). La verdad es que no, no hemos llegado a esa situación. La verdad es que es por eso yo igual busque la ayuda del programa, porque la verdad yo siento rabia por mí hija. Siento rabia

con ella, la verdad sentí en algún momento que yo no quiero volver a verla nunca más. Entonces (y eso que te pasa que conversando con la profesional que es lo que dice) ella me dice que en el momento en que estoy pasando estoy tratando de entender las cosas, cómo se llama, lógico que pasa eso, pero que todo en el momento yo voy a ir entendiéndolo, porque son muchas cosas me dice, ella me dice son muchas cosas, me dijo. Es una lluvia, es una lluvia, me dice que está cayendo encima. (Como un colapso), una cosa así, (como que esto está colapsado, como que se le cayó el muro encima, más o menos). Y ese muro es tan pesado, porque ese muro tú lo vez, como que es algo que tú no quieres dañar tampoco, ni tampoco tenía cómo salir, que te aprisiona, entonces me acuerdo la última vez que fui me acuerdo, imagínate me dijo que esta es una bomba que te pusieron (guau) y explotaste, entonces que está tratando de buscar tus propios pedazos y de ver qué está quedando de ti y más.

(Y qué te dice al respecto de hablar, de hablar, de acercarte a ella pensando que tú tienes esta rabia, por ejemplo), que le dé tiempo. (No es momento de conversar todavía) ella me dijo, no es que el tiempo lo va a aliviar ni nada de eso, es que no tenemos espacio, o sea, que yo tomé mi espacio, porque es que la verdad no es que tanto que ella me esté guiando para allá, yo siento que ella entendió, que yo no quiero hablar con ella, yo no quiero verla a ella, ni siquiera quiero escucharla, (como que ya existirá la oportunidad de poder conversar) ella me dice que primero antes que nada me dijo que sucede y trata de entender qué está sucediendo o sea qué me sucede a mí primero. Y que está pasando con ella también, entonces cuando llegue ese punto me dijo, ahí recién me dijo tú vay a entender me dijo y podemos ser en este caso ser como encaminarte cierto, que tú tengas porque la verdad yo me siento no siento las fuerzas para llegar a dónde ella. Incluso me he imaginado, me imaginaba que ella llega a mi casa y como que en vez de sentirme aliviada, me siento molesta.

¿Y qué le diría, diría yo? Qué se fuera, (Y cuéntame esa molestia a qué crees tú que está conectada, a propósito de estas conversaciones con la persona, profesional) me siento traicionada, eso siento. Entonces para mí, lo que pasa es que, yo en algún momento entendí que yo hice mal también como madre, porque mi hija muchas veces me mintió muchas veces muchas veces muchas veces hizo cosas que yo le dije que no hiciera y lo hizo igual, en mi cara y detrás de mí lo hizo igual y que hice yo, siempre absorbí eso, no me di la vuelta y le dije, “pero como se te ocurre eso” (en actitud de reto a la hija lo expresa) trate de conversar, de hecho conversé con ella, le expliqué pero lo volvía a hacer y yo sabía que lo hacía (o sea tú ya habías venido viendo que pasaban cosas y como que tú habías venido tolerando esta situación) yo venía tolerando es de ella especialmente de ella porque era mi guagua, era mi hija de todos mis hijos, era la consentida, era mi hija.

(Cuéntame y cómo te gustaría que el programa te ayude, te oriente, que es lo que tendría que ocurrir ahí). Bueno, a mí me gustaría más que nada viendo un poco el tema sentirme más cerca de la naturaleza que desde el sistema del estar en un cuarto, cierto. Me gustaría que el programa tuviera esa opción de salir de ahí, ya que los profesionales llegaran a las comunidades, que llegaran al territorio. Viendo que uno llegó donde ellos, como dicen, el Mapuche y ahora en este caso se devolvieran hacia uno o sea que uno en este caso pidió esta ayuda,

solicitó esa ayuda, pero que esa ayuda llegara no precisamente que ellos fueran dónde ellos, que llegaran de vuelta a mi territorio, a mi espacio, que compartían, que vieran y que también trataran entender eso, o sea (porque si esa forma fuera posible, cómo te haría sentir que ellos fueran a dónde tú estás) Me haría sentir de que ellos, en realidad por lo menos en los documentos existo (risas). (Oye, y desde el punto de vista Mapuche que te fueran a visitar como te lo tomarías todo eso, que fueran a tu casa) mira la verdad, yo como Mapuche para mí lo mejor es que no fuera nadie a mi casa, así de simple, así de corta como le dicen los cabros. No me gustaría que fueran a mi casa nunca, porque yo también he tratado de separar eso de ser profesional y de ser persona. El profesional tiene que cumplir su trabajo de horario de horario y ellos verán que toleran y que no toleran, en mi cabeza no me cabe que alguien del tema de salud vaya a mi casa, como por naturaleza, una cosa así. (Sí, como que no es algo natural a eso te refieres, como que no debiera ocurrir) si, es como un trámite, es como algo que no debiera ocurrir, como un trámite, como un trámite en el fondo entonces no me gustaría que llegaran así, por eso yo me cerré muchas veces de que vayan a mi casa, cualquiera, incluso a dejarnos la hora, porque para mí mi casa es sagrada, no importa que no tenga nada del otro mundo, pero bueno para mí mi casa es adelante, no va a entrar una persona que va a cumplir un trámite, para eso vengo yo. (Y si fuera una atención intercultural entonces, a propósito de estas contradicciones también, porque son como por un lado sí, por otro lado, no, cómo debiera ser, cómo crees tú que pudiera ser ese camino).

Yo siento que ese camino tiene que construirse, al final no tiene que compartirse solamente un paciente y un médico. También tiene que construirse una relación. O sea, que en el fondo está atento sea personalizado porque siento que el tema mental, como le dicen ustedes, también tiene que ver con la parte espiritual. Entonces tiene que hacerse no se tiene que hacerse como lo hacen ustedes, una carpeta cierto, un uniforme, no tiene que... (como que no te gustaría que fuera un trámite, como tú dices) me gustaría que fuera algo que uno en este caso saliera o estuviera en el sistema pero algo que le quede a uno, no que se ponga al borrar y listo y ya se acabó los temas, los casos cerrados. Me gustaría la continuidad en el tiempo porque siento que el temas de salud mental es algo duradero, o sea, no una cuestión que te pasó hoy día y te sentí mal hoy día y en un mes más, en un año más y vas a estar mejor. (Porque a tus hijos, por ejemplo, que se han ido atendiendo a otros espacio tu sientes que los han ido ayudando, que tienen una buena actitud). Sí, les han dado las herramientas. La verdad, como le dije, yo he sido muy cerra porque uno no se da el tiempo de entender también. (Y dentro de tu comunidad conoce personas que tienen estos problemas espirituales o que por ejemplo, también han, no sé, desde atentado contra su vida o han pasado por situaciones penosas). Si si, lo he visto la gran mayoría retoma la fuerza solo. (Y como dirigente te piden orientación en eso). Por supuesto que sí, entonces uno también tiene si todo sale bien en este programa uno obviamente que lo va a recomendar, si no le va a decir la deficiencia y a que uno está expuesto.

Pregunta: cuéntame y lo poquito que conoces del programa. ¿Cómo te gustaría que se relacionara? Me quedo mi claro contigo, pero con la comunidad en general.

Respuesta: Primero, que se baje la información a las dirigentes, a las bases, ojalá

hacer un acercamiento del programa hacia los territorios, no del hospital, porque el hospital, lamentablemente, nosotros como territorio donde yo vivo, hay una muy mala relación con el hospital. A que me refiero con una muy mala relación, que cada vez que se hacen cosas interculturales somos uno de los sectores que no somos muy tomados en cuenta como el sistema se separa mucho en ese aspecto porque como el sector es atendido por las postas, (y como se llama el sector específicamente) Paikaví, Paicaví costa se llama, entonces como esos sectores tienen postas como que el hospital no nos toma mucho en cuenta porque como no somos usuarios de ellos, por eso le digo, nos toman como números. (Porque ese lugar está corresponde a la DAS de Cañete). Sí, ahí la DAS. Nos toman mucho como números y entonces como estos números no nos corresponde a ellos, porque no son usuarios directos de ellos, no tenemos muy buena relación con el hospital por lo mismo, yo sé eso es un perjuicio (cuando hacen actividades interculturales te ha tocado participar, o no, o no los invitan, como se da eso) muy pocas vez.

(Te gustaría que se diera mucho más eso) sí me gustaría porque en realidad sí también están todos informados todos participamos, porque no hay que aceptar solamente juntos cuando nos pasan cosas malas, porque no cuando pasan cosas buenas para compartir para conocernos, o sea por ejemplo en esta actualidad ahora en septiembre del dos mil veintitrés, yo he visto una vez al director del hospital, (porque pensando que por ejemplo la salud Mapuche es más preventiva que tu decías, eso te gustaría también que el hospital y el programa desarrollar actividades más preventivas, por ejemplo). Si, por ejemplo, el tema de prevención, valga la redundancia, de todas situaciones, de que algún día cuando uno siente este pesar, esta molestia, esta enfermedad, como sea diagnosticada, uno sepa que hacer. (Claro) ya, (¿cómo identificarla?) exactamente, (a quien dirigirse, o con quien hablar, o qué hacer), entonces para mí es preventivo, porque uno ya va a saber algunas señales.

Por ejemplo, lo mismo es lo que me pasaba a mí, que como le digo, me empezaron a doler un día pa otro, todos los dientes todos. No uno todos, yo pensé que era algo no sé de los huesos que se yo, (y además no dormía me decía) en la noche tenía pesadilla, no podía dormir, sentía que como es que se llama, que despertaba y era en la mañana como que no dormí nada. Realmente yo quería dormir y no podía, no podía entonces todas esas cosas son pequeñas señales (algo malo está en mi) pero algo que no depende de uno o sea de que uno no lo hace, que uno no lo hace para hacernos sentir mal yo. Algo que uno le está sucediendo y que nuestro cuerpo nos está avisando, que algo está sucediendo. Entonces yo siento que el programa, en ese aspecto sería súper bueno porque son señales que uno pueda dormir que uno se sienta mal que como que uno se bloquea y no quiera como dijo la profesional el otro día, porque hay cosas que yo no quiero saber, que están ahí y que por ejemplo yo me tengo que leer unos documentos y que yo no quiero leerlo, me decía, me preguntaba porque yo no sé por qué no quiero leerlo, me preguntaba pero el que siente, siente vergüenza, no quería hacerlo o tienes miedo y el encontré ahí mi respuesta, que tengo miedo a leerlos, siento miedo porque me siento tan mal de leerla, el cómo se dice, la primera parte (del relato) que seguirlo, es como que mi mente me lleva a una parte yo llego hasta ahí (perfecto) y que no puedo aunque yo

quiera y algo algo me sucede y yo no sabía que es lo que era y ahora sé qué es miedo.

(Oye y cuéntame y esto que en pocas sesiones tú has podido mirar, a pesar de que no querías mirar nada de esto. Cómo te hace sentir que con poquita sesiones, con estas conversaciones de la profesional, con sentir está acogida, pudiste poder mirar, acercarte mucho más al tema, cómo te hizo sentir eso , cómo pensaste que iba a pasar eso). No la verdad no iba con ninguna expectativa, lo tomé como un trámite realmente, dije bueno (o sea volvería en el fondo). La verdad no me gustaría que me dejara. O sea, no sé ahora qué va a seguir. A lo mejor voy a tener que llegar a otro profesional según las indicaciones pero no me gustaría como si se perdían la continuidad como le decía, ahí como que uno se desgana también, porque sentí como que yo puedo seguir, solamente que me faltan un empujón, o a lo mejor descansar, eso es lo que yo entendí, y tomarme una pausa y a lo mejor aprender incluso a respirar porque me habían dado incluso crisis de ansiedad. (Mira) que yo no podía respirar, ahora ya se lo que tengo que hacer, no me gustaría que fuera tan pronto así como que ya bueno ahora tienes que pasar no sé al psicólogo al médico y nos veremos en un año más porque para mí como tal cosa (sería lo peor que te pudiera pasar). Yo siento que sí, podría ser porque siento que recién retome de a poco la confianza de hablar de lo que me pasaba. Si yo la verdad y no he hablado con nadie. Lo que me sentía de aceptar mis miedos, porque me considero una persona valiente, pero aceptar que tengo miedo pa mí ha sido un tema. (Y esto de hablar de las emociones, o sea, has hablado de muchas emociones, o sea, como que en este acercamiento, eso pertenece al mundo Mapuche, los Mapuche suelen hablar también). (Los Mapuche, suelen hablar de eso). La mayoría de la personas Mapuche, me consta, no habla. Guardan el silencio. Porque no tenemos esa cultura, lamentablemente, no tenemos esa cultura de poder confiar, en los profesionales, en el sistema, en el hospitales, en los consultorios y en los médicos, no tenemos esa confianza, no se ha generado, porque lamentablemente siempre venimos de nuestro antepasado ya, de mi abuelo, mi abuela, mi madre, que siempre cuando buscaron ayuda, es como que acogieron a esas personas. O sea, esas mismas personas provocaron algo malo. Entonces, se quedaron con eso. (Perfecto). Y ahora todos son malos. Nosotros venimos de ahí. (Como que se ha generalizado) exactamente.

Entonces siempre se ha mirado con desconfianza por lo menos de mi parte, de mi comunidad, de mi familia con desconfianza al Katripa se puede decir(Winka), si le dicen a la mayoría del que viene de afuera. Entonces, siente uno que si a mí también se me pegó eso de que uno no encuentra ayuda especialmente en la parte profesional porque yo en este caso, sentía que los profesionales, lo único que les importa es ganar su sueldo, cumplir la hora y chao pescao, pero ahora que yo me he acercado un poquito, siento que en realidad sí, pero también he entendido que también te pueden generar una ayuda a lo mejor no de plata ni de cosas pero algo más importante. (Claro), poder darte la herramienta de poder seguir, levantarte y seguir. (Como que encontraste un beneficio) la gente Mapuche siempre en ese aspecto es orgullosa y orgullosa en eso es de que uno no necesita a otro para levantarse. Entonces es difícil, incluso la gente Mapuche, ni siquiera se apoya en su familia, es como que uno se levanta solo, uno hace sus

cosas solo y de hecho yo me daba cuenta de la gente mayor (o sea el hecho que tú hayas dado el paso de ir a consultar) no para mí yo en este caso quebré algo que viene de generación, en generación porque yo siempre escuchaba mi abuela y decía que el día que llegue al hospital, el día que se va a morir. (O sea, así lo asocia). Así tal cual, mi madre lo mismo. Mi mamá tiene sesenta y seis años y recién, recién, que ella se acercó al hospital, que estaba mal, pero ella siempre decía, a mí, que llegué al hospital, me voy a estar muriendo. La mayoría de la gente de la comunidad dice lo mismo, exactamente lo mismo. Entonces, uno se cría en eso. Oye bueno yo creo que estamos dando por terminar en entrevista porque hoy me han dado datos muy valiosos creo que todo lo que tú has dicho va a servir muchísimo para poder orientar este trabajo y quiero agradecerte E1 porque vamos a apagar esto primero, quiero agradecerte por tu tiempo, por tu dedicación sinceramente yo estoy sorprendido que incluso hasta medio espontáneo y yo diría todo.

Datos de identificación Entrevista en profundidad	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	15 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Ciudad de cañete
Código persona entrevistada	E2
<p>(Ahí estamos grabando y aquí también ya. E2 cuéntame, tú eres de acá de Cañete cierto). Sí, de acá de Cañete (perfecto). (Hoy estamos a día quince, del nueve, del dos mil veintitrés).</p> <p>(E2, bueno, yo te quiero contar un poco que la idea de esta entrevista esta es lo más abierta posible, yo te quiero preguntar específicamente del programa de salud mental del PROSAM, yo sé que te has atendido ahí. El objetivo de esta entrevista principalmente tiene que ver con levantar información sobre tu experiencia, cómo ha sido tu experiencia con el programa y con el hospital, en cierta medida). Ya ya...</p> <p>Pregunta: Entonces, la idea es que tú me puedas contar cómo llegaste ahí, cómo se desarrolló la atención, quienes te atendieron, cual fue el tu diagnóstico y cómo te fueron desarrollando hasta llegar a hoy y si es que actualmente te atiende. Un poco eso, cuéntame desde cuándo que te estás atendiendo ahí cómo llegar hasta el programa de salud mental al PROSAM.</p> <p>Respuesta: Yo no sabría decirle, pero llevo años ya, (años ya). -Sí, llevo años y eso. -No, nada. (Perfecto). Si no una mala mala atención con eso, es lo otro que no estaba, ya que uno ahí por ejemplo hay horas que está esperando hace tiempo y al final, es mucho tiempo lo que hay que esperar, así es que al final uno cuando tiene la plata prefiere pagar particular porque no va a esperar que le llegue una hora quizá pa cuando. (Pero eso te pasa con algunas otras especialidades o atenciones), (o te pasa con el PROSAM, o te pasa con otras especialidades del hospital). No con otras especialidades del hospital. (Ya, perfecto).</p> <p>Pregunta: Y al PROSAM cómo te derivaron ahí, te acuerdas un poco, cómo llegaste al programa, cuando te atiende la asistente social, la psicóloga o el psicólogo.</p>	

Respuesta: Fue por el tema de cuando estaba estudiando. (Como en enseñanza media). Sí, más o menos, (por porque cuántos años tienes tu E2) Treinta y cuatro. (Treinta y cuatro)

Pregunta: ¿Y esto cuántos años tenía aproximadamente cuando iniciaste las atenciones?

Respuesta: No, ahí era menor de edad. (Cuénteme cómo iniciaste, te acuerdas un poco de cómo llegaste a atenderte en el PROSAM) no yo llegué a vivir ahí a la población, ahí, después me inscribí y estoy ahí, me atiendo en el hospital como le digo eso, con el PROSAM. El tema de ver psicólogo, asistente social. ¿Qué más? Más que nada, y cuando me dan hora médica o yo llamo pa ya para que me den hora a médico para tal cosa (y por qué te atendiste con ellos cómo llegaste ahí a atenderte con ellos o sea qué es lo que te pasaba a ti que pediste ahora con ellos). Ah, no, es que tengo, yo sufro mucho de dolores de cabeza. (Ah, de dolores de cabeza, mira). Yo creo que es como una cefalea, según le llaman. (Ya, Perfecto). Que es lo que tengo yo. Entonces ahí me empecé a atender y me dan remedio y todo eso. (Perfecto).

Pregunta: Y desde que edad te empezaste a atender ahí. De dónde provenían los dolores de cabeza y que te empezaron a decir en el hospital.

Respuesta: Es que yo estaba en el colegio en ese tiempo cuando empezó los malestares de los dolores de cabeza (y cuéntame, cuál era los síntomas que es lo que te pasaba en el colegio, cómo te afectaba esta dolencia). Era como... O sea, por ejemplo, a veces cuando no me veía bien con los profesores, o sea, los profesores, a veces eran... nos trataban como mal a uno y uno pasaba rabia y me dolía la cabeza y se me hacía como una cosa así como que me estaban sacando la cabeza y una cosa (perfecto, como que te ponías un poco nerviosa, como que te enojabas algo así) si...todo eso así y ahí me venían los dolores de cabeza (ya).

Pregunta: ¿Y tu familia te llevó al PROSAM?

(Tu familia te sacó una hora. O el colegio, te derivó para allá).

Respuesta: El colegio me derivó para allá (perfecto). (Y cuando llegaste ahí, ¿qué te preguntaron?) (¿Cómo fue la atención? ¿A quién viste primero? No sé si te acuerdas tú.). Vi a la psicóloga primero, (la psicóloga) me vio la psicóloga primero (¿Te acuerdas cómo se llamaba? ¿Cómo era la señorita que estaba?) Sí, se llamaba, cuál era el nombre que tenía. El nombre, el nombre. No me acuerdo. Daniela. Daniela sí.

Pregunta: Había ido alguna vez a algún psicólogo.

Respuesta: No, fue todo por entremedio del colegio. Empecé a la asistente social y la hora con el médico todo eso. (¿Y qué es lo que te decían?)

(¿Qué te decían, de qué es lo que te pasaba, qué es lo que te conversaban, te acuerdas un poco de eso), Si me conversaban de que yo por ejemplo, no sé pu, por lo mejor pasaba rabia, no sé, en mi trabajo, con alguien oh, o en mi casa tenía problemas, por eso me venían, a lo mejor, todos esos dolores de cabeza, entonces yo tenía que tratar de tener que tratar conmigo de no hacerme pasar rabia para que a mí no me dieran esos dolores de cabeza, Porque eso es lo que me provoca.... ¿Cómo es la palabra? Me producía todo eso. (Perfecto, perfecto).

Pregunta: Y en la medida que fuiste avanzando en el tratamiento, cómo te fue ayudando, que te fue pasando con el tratamiento, en la medida en que pasó el tiempo que pasó. Porque cuántas veces te atendiste, cuántas veces a la semana

ibas. Ibas una vez al mes o una vez a la semana.

Respuesta: Sí, iba a una vez al mes. No eran todos los meses tampoco.

Pregunta: Y en esa vez al mes, te atendía un profesional, dos profesionales, ¿cómo lo hacían ahí?

Respuesta: Un día me dan ahí, por ejemplo, una semana me daban con psicóloga, la otra semana me daban, como se llama, el caballero, el asistente social y así. (Y el asistente social en que te ayudaba por ejemplo en éste caso, qué es lo que hacía, en qué se orientaba su atención) No, el solamente preguntaba, como por ejemplo, cómo era la relación con mi familia, cómo estaba la relación también con mi pareja en la casa, (ya, porque en ese tiempo tenías pareja) yo igual tenía problemas con él, entonces él me decía que cuál eran los problemas que yo tenía con él. Entonces yo, todo eso le hacía saber a él, todo eso le contaba. (Perfecto).

Pregunta: Y en qué te orientaba, qué es lo que te hacía. En ese tiempo tenías problemas y cómo te ayudaban ellos en ese plano.

Respuesta: Él me ayudaba en el sentido de que yo, tenía que tratar de conversar las cosas con él, ninguno de los dos que nos lleváramos mal o no sé, cosas así pu, o que él no me dijera cosas a mí que yo me hiciera enojarme y no producirme los dolores de cabeza, porque igual tenía peleas con él, igual pasaba lo mismo, que cuando yo tenía problemas con él, el dolor de cabeza me venía (y la atención con la psicóloga, también abordaban esos temas también) también (citaron a tu pareja en algún minuto). El que citó a mi pareja fue el asistente social, la psicóloga no lo había hecho llamar a él.

Pregunta: cuéntame, y que te dijo tu pareja cuando lo llamaron en el fondo.

Respuesta: Fueee, dijo que pidió permiso en el trabajo, incluso estaba trabajando y pidió permiso en el trabajo y asistió allá contigo, (y cómo te hizo sentir eso, cómo te sentiste que te acompañara), Yo me sentí bien. Yo igual quería que él fuera, para que igual le dejaran, claro, las cosas como él. En una parte igual él estaba, así como yo me equivocaba, él también se equivocaba en parte también. Entonces todo eso, él tenía que mejorarlo al igual que yo. (Oye, y después de esa consulta o de las atenciones que tuvieron con él, qué es lo que pasó en la relación, mejoró la relación, él incorporó lo que le dijeron) Recién ahora a mejorar, (porque esto no fue hace mucho tiempo, entonces fue hace poquito). No si fue hace tiempo, pero ahora como que ha ido así como ha ido pensando con la cabeza.

Pregunta: ¿Oye tiene hijos tú?

Respuesta: No. No, ninguno de los dos tenemos.

Pregunta: Retomando, cuéntame cómo se ha ido dando la atención del médico ¿Cuenta un poco de eso?.

Respuesta: No, la atención del médico. . . se puede decir que, por el tema de lo que él me da como le digo remedio para eso, para disminuir el dolor de cabeza que a mí me da, para eso (y cuál es tu diagnóstico, que te dijeron ellos respecto al diagnóstico) No que podría ser que me dolía mucho la cabeza porque podía tener cefalea, pero no estaba como tan seguros, porque me estoy dando cuenta ahora que ni los médicos saben la enfermedad de uno. Uno puede tener el cáncer, ni Dios lo quiera, y ellos no van a tener ni idea, porque hace poco yo vi un médico que justo tenía el problema de las manos que me dolían en las noches, se

me dormían, no tenía fuerza, tomaba una taza, que me caían de las manos, y ahora supe que él tenía piedra en la vesícula. Imagínense, es médico él. Pero ese no fue por el hospital fue particular, cuando lo vi yo (perfecto perfecto).

Pregunta: y además del hospital, estos temas tú los consultas por otro lado también, estos temas por ejemplo de enfermedad, a propósito que tú eres Mapuche, alguna vez ha consultado a la Machi, a una hierbatera.

Respuesta: Como dice usted. (Porque algunas personas Mapuche se atienden con la Machi, otras se atienden a veces con hierbatera). ¿La hierbatera usted le llama a la médica?. (Sí) si si tiempo atrás, yo años atrás, estuve con, fui a verme el tema con una Médica. (Ya). Porque sufría mucho de bueno, ahora, hasta el momento, he estado bien, los remedios me están, las aguas de hierba me hicieron efecto yo yo creo me hicieron un efecto de efecto recién ahora yo creo porque a mí me dolía mucho los pies. Cuando estaba mucho pará, caminaba mucho. Tenía toda la intención de caminar harto. Pero siempre sentía dolor en los pies me dolían los pies. (Mira y la meica era de acá de Cañete, tuviste que ir a otro lado). No era de Cayucupil (¿Qué te decía en el hospital que iba a consultar a la médica? ¿Lo contaba?) No, nunca lo di a saber. (Ellos te sugerían consultar a la médica también o no). No, nunca me lo dijeron. Nunca me dijeron, vea una médica, a lo mejor la puede mejorar, no, nada. Pero yo pienso que ahora ya recién ahora me están haciendo encuentro yo efecto los remedios (porque te han ayudado) entonces yo he sentido que me han ayudado eso, porque que uno también toma tanto remedio que al final no sabe cuál es el remedio que le hace bien. (O sea, no sabe si tu mejoría tiene que ver con la médica o si la mejoría tiene que ver con los médicos o profesionales) sipu eso es como le digo yo no sabe.

Porque por el mismo igualmente en ésta rodilla me detectaron hace poco artrosis también me dan remedio ahí, en el hospital tengo igual a retirar (y tú entonces te sigue atendiendo en el hospital y con la médica en el fondo). No ahora con el puro hospital. Porque igual adonde la médica tenía que tener plata también. Cada botella de como que le llaman a eso (Lawuen) del agüita que había que tomarse, cada botella me salía diez Lucas, y más de ir a buscarla haya en el colectivo, imagínese. Era mucha plata que gastaba.

Entonces por eso no seguí yendo allá yo, pero ella cuando me vio me vio, me vio súper e incluso a mi mamá le vio el humor y estaba muy mal, ustedes dijo está muy mal, si no hubiesen venido antes, no sé qué habría pasado. Nos vio el humor a las dos, con el orina. Con el orina. Ahí vio ella y ahí dijo no, cómo que ustedes no vienen antes, dijo, no hubieran podido estar hasta esta fecha, ya habrían tenido hasta cáncer. Sí, chuta que nosotros de dije a mi mamá, nos asustamos en el fondo con mi mamá, porque yo le dije a mi mamá, imagínate mamá, como que si no ya hubiéramos ido a tiempo le dije yo a esta fecha ya habríamos estado. . . .(Claro. O sea, bueno, y eso, ¿cuándo fue en qué años fueron para allá?) Miren el año de que estaba el tema de la pandemia, cuando se usaba mascarilla,(¿Sí?) En ese tiempo fue allá.(Sí). (Y esa meica ¿Cómo llegaron a ella? Dimos con esa médica por mi pareja.

Pregunta: Tu pareja es mapuche también.

Respuesta: Es Mapuche también. Pero no lo avergonzamos de eso porque hay algunos que se avergüenzan.

Pregunta: y por qué te tendrías que avergonzar de ser Mapuche.

Respuesta: Por ejemplo mi mamá, por ejemplo dice cuándo van a la oficina, en vez de hacerme como enojar así, me hace reír, porque por ejemplo ella el apellido, de ella y mío es Cañuman. (Ya). Entonces cuando va a una oficina me dice que desgracia que tengo que dar el apellido Cañuman, porque a ella no le gusta ese apellido, pero yo le digo desgraciadamente gracias a su apellido que tiene, igual tiene lo que usted tiene, porque si no, no lo habría tenido. (¿Y por qué crees que le pasas eso a tu mamá?) (¿Por qué crees que no le gusta su apellido? ¿Cuál es la historia de tu mamá?) No sé cuál es la historia de la mamá, (nunca te he contado por qué no le gusta el apellido). Nunca me ha contado ni yo tampoco le he preguntado por qué ella no le gusta su apellido E2. (Y tú ser Mapuche, te sientes orgullosa de ser mapuche. ¿Te gusta ser mapuche?) Sí. (Cuando has convivido con otras personas Mapuche que se atienden en el PROSAM, a veces conversas) si por ejemplo yo soy por ejemplo yo soy Mapuche y acá mi compañera no es Mapuche yo no la voy a discriminar porque ella no es Mapuche, a nadie le gusta que la discriminen (y por qué tu mamá entonces no le gusta el apellido Mapuche, qué le pasará a tu mamá?) No sé por qué será que a ella no le gusta ese apellido, pero a llegar en el momento en que yo le voy a preguntar por qué a ellos no le gusta ese apellido, porque tiene que tener un motivo. (Claro, claro).

Pregunta: Cuéntame una cosa y a propósito del tema Mapuche, tú te atiendes en un Hospital que dice ser intercultural. ¿Conversando del tema intercultural ahí en el PROSAM?. Cuando te atiende la psicóloga o el asistente social, te orientan de alguna forma, te preguntan si eres Mapuche, te preguntan si vives en comunidad.

Respuesta: Sí, sí, igual me preguntaron del principio, me preguntan, y qué sí, qué tenía, Qué tenía el apellido Mapuche. Bueno que en el fondo todo tenemos algo de Mapuche.

Pregunta: cuéntame una cosa y cuando tú fuiste a la médica, ¿Qué te dice la meica respecto de este tipo de enfermedad y del tema médico? ¿Cómo ella lo incorpore? ¿Qué te dice la meica al respecto de este tipo de enfermedad y del tema médico?. Le cuentan a ella que están yendo al hospital y cosas así?

Respuesta: No, eso no, eso sí que no le dimos, no le dimos a saber, porque prácticamente fuimos a lo que a lo que a lo que nos tenía los tenía más preocupa porque ellos igual cuando nos dijo eso, igual nos dejó preocupa a las dos con mi mamá. (Claro), ya que le dije más, ya vamos a tener que hacer el esfuerzo nomás de guardar platita y de ir allá a buscar esa agua de hierba (y nadie le había dicho que tenían ese tipo de enfermedad, en el hospital no le habían dicho) No, es que nosotros no lo habíamos tratado tampoco porque mi mamá dice a mi mamá lo único que sabe es decir, bueno de algo tiene que morirse uno. Es que no es la idea esa, la idea es que uno cuando, a ver como para que me entienda usted, la idea es que uno por ejemplo si uno se atiende en el hospital la idea es que tenga una mejoría de de cualquier enfermedad que uno tenga. Porque uno ya, uno ya es joven, ya pasable para la edad, pasable para la gente que tiene más edad.

Pregunta: y has sentido que te ha ayudado, que te has recuperado, que te ha ayudado en tu recuperación en el hospital, por ejemplo en el programa de salud mental en este caso.

Respuesta: si en eso bien, si en lo otro que no funciona muy bien. (¿En qué te ha

ayudado el programa de salud mental? Por ejemplo, en que sientes que te ha ayudado? A propósito de esto que me estabas contando del tratamiento, que citaron a tu pareja, de que te atiendes de chica, ¿En qué sientes que te han ayudado?) Como le digo en hartas cosas con mi pareja en la casa. (¿En qué sentido? A ver, cuéntame un poquito en qué te ha ayudado, qué es lo que pasaba antes, qué es lo que pasaba después que tu pareja fue, qué es lo que pasó con él, por ejemplo). No, lo que pasa con él fue que él es más, como le digo él es más, como más, por ejemplo, más atento así por ejemplo ya, él se paga, me invita al centro a almorzar, o a tomar una rica once, que se yo, cosa que él antes nos las hacía, siempre me tocaría a mí, a mí, a mí.

Entonces ahí eran los problemas que teníamos. Era por eso.(¿Y qué cree que le pasó ahí con esta visita al hospital?, ¿Cómo se lo tomó el esto? ¿Han conversado, Qué le pasó a él?) si dice que se sentía bien. Porque si No, me habría dicho, no, no, voy no más, (él estuvo como de acuerdo con el equipo). Sí, ambos los dos teníamos que cambiar. No solamente también uno (porque en tu caso, que tenías que cambiar y en el caso de él) en este caso tenía que cambiar él que él tenía que cambiar en el sentido de que por ejemplo no fuera tan celoso porque era muy celoso, ningún amigo me podía decir oye E2 que él al tiró empezaba a decir que por lo claro este gueon ... (te empezaba a té a encarar) un poco claro cuando empezaba a decir a mí este gueon patúo, que te dice E2 (ya) yo le digo pero si son mis amigos y muchas veces, el me lo hacía en la calle, sus celos a veces me los hacía en la calle, entonces a mí me daba vergüenza (claro) me da n de vergüenza, porque había gente que a mí me conocía, me miraban raro, a mí que culpa tenía yo, que el fuera celoso. Si yo nunca le di el motivo, pa ser. Para que él fuera celoso. Entonces ahí ya como que él cambió todo eso.

(Y en tu caso, ¿qué cosas te recomendaron cambiar? Por ejemplo, así como a él le recomendaron eso). Que ninguno de los dos fuera, que ninguno de los dos fuera celoso, que los dos teníamos que cambiar en la manera de ser de nosotros eso de ser celos (porque tú también eras celosa) o de que él me controlará. o no vayas haya porque tenía que pedirme permiso a mí, una cosa así, no (ya, pero tú también eras celosa) en ese sentido igual, pero no tanto como él, no tanto como él. Digo, no tanto como él. Y además que él era muchas veces, muchas veces él me daba motivo a mí para yo ser celosa con él. Entonces yo decía entonces, yo no siempre decía no, no haga cosas que a ti no te gusta que te haga.

(tú te sigues atendiendo en el hospital, en el programa, te citan cada cuanto tiempo) Bueno, ahora como que me tienen un poquito bota (ríe). No me han llamado, por ejemplo, así como la psicóloga. (O sea, te gustaba que te llamara para poder atenderte) sí pu, (y si se pudiera mejorar el programa, qué cosa tú sugerirías que pasara, cómo te gustaría que funcionara, ese programa). Es que ese programa no es tanto lo que tengo que decir, sino que son los médicos lo otro que (Ya), bueno, por ejemplo, cuando uno llama para el hospital y pide una hora con un médico, ahí como que algunos son medio ... pesados, para atender (Ya, como los administrativos son medios pesados). Sí, no es de los médicos que atienden ahí en PROSAM como me dice usted, sino que son los médicos que por ejemplo cuando uno llama en la mañana, no que a veces uno llama en la mañana y pide, quiere una hora con médico. (Sí), a uno le dicen, ya de las nueve, y tanto

tiene que llamar para pedir una hora con médico. Esos médicos. (Ah, pero eso ya, son como los administrativos, la gente que está al teléfono). No sé cómo se llamarán ellos. (los administrativos). Esos son como hay algunos que están como medio.... El único que atiende bien de esos, es un doctor que es, no sé si lo ubica usted. Es amigo, es amigo de mi pareja. Siempre cuando me atendía, me atendió súper bien. Sebastián (Y cuénteme y él es Mapuche, no es Mapuche). No se nunca le he preguntado. Incluso él me detectó la artrosis en la rodilla, él me detectó la artrosis y yo cuando me dijo porque como yo sabía que era tan jodia la enfermedad, yo como me puse a llorar (Entonces era un médico, al que llamaste) si pero mi pareja me ayudó igual para hablar con él, para que me viera, porque yo sentía ese dolor, todo los días en la rodilla y nadie sabía por qué lo que era, y ahí él me mandó a hacer un chequeo médico y ahí me dijo, y ahí igual me puse en llorar, porque como sabía que nadie me dijo, mi chiquilla, me dijo usted tenía que estar tranquila, usted tiene principio de artrosis, no tiene la enfermedad, así como que diga que está avanza no.

(y qué representaba para ti tener artrosis) Que yo no voy a poder trabajar, eso es lo que me sentía mal yo, incómoda. (Ah, porque trabajar es algo que a ti te gusta mucho). Sí, por eso, me gusta y quiero mi trabajo también. ¿Me entiende? Entonces, sí, yo tengo que hacer limpiar los baños, hacer esto, esto otro, andar con dolores, no es la gracia. Si uno tiene que trabajar, tiene que sentirse bien en todo sentido.

Pregunta: cuéntame a propósito de eso. Y esos dolores, ¿cómo te afectaban en tu ánimo, en tu humor, como tú le llamas.

Respuesta: Andaba mal. Andaba mal, porque a veces estar con mi pareja, yo como que yo me desquitaba con él. Entonces él me decía: No, está mal, me decía: Porque yo no tengo la culpa que tú tengas esa enfermedad, no tengo la culpa de eso. (Y ese tipo de cosas lo conversaba en el PROSAM en ese tiempo, o sea esto de que la enfermedad, los dolores te hacían cambiar de humor o cambiar de ánimo). Sí pu, siempre lo conversé con la psicóloga y cuando me veía la asistente social le comentaba lo mismo. (Y la psicóloga te orientaba, cómo te sentías con ellas). Sí, súper, súper bien, incluso ella igual me decía: que no tampoco no tenía que desquitarme con mi pareja porque no era culpable de esto cualquiera puede tener una enfermedad. Lo importante que para que usted no tenga dolor y todo, tiene que tomarse su remedio y ese hacerse el tratamiento que le dijo el médico no más. Para que se sienta bien. Pero hasta el día de hoy, gracias a dios noo... ha estado... estaba bien fíjese, nada que decir (que bueno que bueno) o sea igual como que se me pasó esa porque está en el fondo me está dando como depresión (Claro, Claro) porque como que ellos me decían: ¿Por qué en mi caso, mi mamá me decía? Cuando me nombraba la enfermedad era como que fue pa mí, tener la artrosis como que yo me iba a morir y la cosa no era así. (Claro, claro. Y eso tiene que ver con que tú desconocía un poco de la enfermedad o qué pasaba). Es que la desconocía la enfermedad, porque algunos eran como muy como le llaman, gente que eran como muy desajera, como queriendo decir, ellos me decían que si yo tenía artrosis como que me iba a morir. (Y eso era gente como que tú conocías así, por fuera del hospital). Sí, por fuera del hospital.

(Y la gente del hospital después te fue orientando, te fue con explicando de qué

se trataba). Sí, porque yo a ellos les dije, igual que le pregunté que lo qué era realmente esa enfermedad, porque yo nunca la había tenido, le digo yo, yo le dije yo, entonces me la detectaron ahora, y ahí me explicaron esa enfermedad aquí, allá . . . ahí como que yo como que yo me dio nada, más tranquila, (qué bueno, qué bueno, O sea, en el fondo lo que tú me quieres decir que hay muy buenas experiencias que tienes tú en hospital, pero también hay experiencias malas que tiene que ver básicamente con el tema de las horas entonces), eso sí, sí. (¿Y qué otras cosas negativas tú sientes que hay ahí, que te has encontrado, que es lo que tú sientes que algunas cosas más negativas, que tú cambiarías).

No me gustaría que cambiara, es como le digo, eso que nada. Y la atención sea como más afuera en el fondo con algunos médicos. (Ya), son como por ejemplo ya tenía esto, que terrible. Al final uno no le entiende, queee . . . (Como muy apurados), claro como muy apurado. Claro, como muy apurado, como que alguien le está diciendo oye apúrate, una cosa así.

Si uno sabe que más atrás, tiene más atrás de uno tiene más pacientes, pero igual ellos tienen que respetar a la persona que la están atendiendo primero. (Claro, claro). Todo eso. Eso me gustaría, como le digo yo (que mejorara la actitud de las personas que tienden). Eso.... Ya. Sí, eso y por ejemplo cuando van a dar un remedio, van a dar un remedio y que den un remedio bueno, para que va a dar paracetamol, qué!! Paracetamol, por ejemplo, noooo, no es mucho lo que a mí me hace para el tipo de enfermedades que yo tengo.

Pregunta: Oye, y a veces has participado de algunos talleres, de algunas actividades en el PROSAM, de otras actividades de grupo, con señoras o alguna vez te han visitado a la casa, por ejemplo, alguna otra actividad que no sea la atención clínica en box .

Respuesta: No, nada de eso. (Ya, nunca te han visitado la casa, alguna vez por ejemplo no te fueron a hacer la atención con tu pareja en la casa, Por ejemplo). Sí, no, siempre íbamos allá. (Siempre van allá. Ya, perfecto).

Pregunta: qué otra cosa tienes para contarme. ¿Te han dado de alta?

Respuesta: no, no. (Y en qué quedó ese tratamiento por el tema del dolor de cabeza, del ánimo, en qué quedó esa atención que estabas recibiendo). Bueno, aquí ya, por ejemplo, estoy como le digo tomando remedios para eso. (Y qué remedio estás tomando). Propanolol, esas cosas. La Respiradora. Igual el que dan el Paracetamol. No es mucho que me hace efecto para el dolor de cabeza pero igual me lo tomo el paracetamol, cuando es mucho dolor.

Pregunta: el tema de los medicamentos, cómo lo haces ahí, cómo te los dan mensualmente, tienes que ir al hospital a retirarlo.

Respuesta: Sí, hay que ir a retirarlos. (Cada cuantos meses te dan la receta). Bueno, ahora ya no.... creo que se me venció la receta, sino me equivoco. Y la otra cosa que se me venció también es la que me dan del remedio para la artrosis. (y para renovar receta como lo haces) Ahí yo tengo que llamar al médico que les decía yo, llamar para el hospital, pedirle una hora con médicos, para que me renueven la receta y ellos me vuelven a dar todos los meses de nuevo la receta.

Pregunta: Ellos no te van citando así periódicamente, sino que lo que hacen esperan que tú consultes.

Respuesta: Sí, eso. (Mira, por ejemplo, la psicóloga, el asistente social, no es que

te diga ya, te voy a ver el otro mes u otro día) ellos no andan preocupados de eso o yo voy a llamar a la tal persona. (no te deja una hora tomada). Para que venga a ver si es psicólogos. . . Sino que uno tiene que estar más preocupados de eso.

Pregunta: Y a veces cuando te avisan las horas, avisan por WhatsApp, o atraviesan por teléfono.

Respuesta: Siii. ellos me llaman (te llaman por teléfono) igual cuando me llaman a mi igual me gustaría por ejemplo igual que me avisaran un día antes para yo a llamar a mi jefe a pedirle permiso también, tampoco no puedo llegar a mi trabajo a llegar y salir.

Pregunta: Respecto al tema Mapuche, en algún minuto te has atendido en la unidad intercultural, te han sugerido, algo así, te gustaría que te incorporaran dentro de ese tipo de atención. Sabías que existía.

Respuesta: No, no sabía. Ni idea de eso (Porque a lo mejor ellos podrían haber coordinado esta hora que tuviste con la meica).

Pregunta: Y te gustaría que se hiciera algo con el tema Mapuche, a propósito que tú eres mapuche, y que tu marido es Mapuche, tu pareja es Mapuche, que se abordara el tema de alguna manera.

Respuesta: Como que dice usted más o menos. (por ejemplo, que el tema de la salud mental se viera desde el punto de vista Mapuche, como que te preguntaran un poco más o te derivaron esta unidad por ejemplo) (¿o no se te ocurre mucho que podría ser, como podría ser?) si no se me ocurre mucho.

(No tengo más preguntas quieres contarme algo más del hospital, del PROSAM que se haya quedado por ahí, que te gustaría decir). No sería más que nada, como le digo, eso es cuando uno llama por, como le digo, yo ellos están hasta el momento... (¿Cuánto tiempo ya lleva y atendiéndote muchos años ya? desde el colegio, de enseñanza básica) si desde ahí. (Y ahí te llevaban tus papás y originalmente tu mamá). Sí, mi mamá. (Y eso te ayudó en el colegio, por ejemplo, cuando te atendían en ese tiempo) Sí, pu si igual. (Sacaste algún tipo de certificado por eso, te ayudan de alguna manera, alguna vez te han pensionado en el hospital de alguna cosa). Sí, bueno, si saque una pensión pero de discapacidad. de capacidad. (De que dificultad). Problema de aprendizaje.

(En ese tiempo te explicaban lo que te pasaba, me imagino que ahí te evaluó la psicóloga, me imagino cómo fue esa parte). Sí, bueno, sí, cuando empecé a ir, empecé en el colegio a ver a la psicóloga.

(o sea, tiene una relación muy estrecha con el programa PROSAM, ellos te conocen hartito, entonces). Sí pu, (muy bien).

(Oye E2 yo quiero agradecerte porque ya me has dado harta información y ha sido súper provechoso todo).

Datos de identificación Entrevista en profundidad	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	27 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Ciudad de Cañete
Código persona entrevistada	E3
<p>(Estamos hoy día estamos a veintisiete de septiembre del dos mil veintitrés y vamos a entrevistar a E3 porque el accedido a ser entrevistado, es parte del programa de salud mental para que nos cuente un poco cuál es la cuál es su experiencia respecto de su paso por el programa de salud mental. Él se encuentra en una etapa inicial del programa, ha tenido algunas prestaciones y nos va a contar un poco sobre su experiencia).</p> <p>Pregunta: Como yo te contaba E3 bueno la idea es que tú me cuentes un poco cuál ha sido todo este proceso de tratamiento, cuéntame cuál ha sido tu experiencia, que es lo que viene ocurriendo, incluso cómo llegaste, cómo te motivaste a consultar y cuáles son las actividades que has desarrollado, en qué etapa te encuentra y se tenía alguna experiencia anteriormente con el tema de salud mental. Eso cuéntame un poco.</p> <p>Respuesta: No, no había tenido ninguna cercanía con el tema de salud mental (nunca había sido atendido por un psicólogo, por un médico, nadie ya perfecto) pero de lo que recuerdo (ya perfecto) Empecé con este tema porque tenía varios problemas.</p> <p>Pregunta: ¿De cuánto empezaron estas dificultades?.</p> <p>Respuesta: desde hace harto tiempo, (cuánto aproximadamente, cuando identificaste estos problemas), desde que recuerdo en realidad (mira, desde siempre ya) por decirlo así.</p> <p>Pregunta: qué edad tiene actualmente de E3</p> <p>Respuesta: veintiuno (perfecto y tú dices que estos mismos temas son los mismos que vienen como históricamente como desde la infancia) si (de cuándo estamos hablando, Cuatro años, cinco años, siete años) Yo creo que deben ser cerca de los cinco años en adelante. (Perfecto, perfecto).</p> <p>Pregunta: y de más grande, cuando tú identificaste que alguien te podría ayudar, que un programa te podrá ayudar. Como se fue dando esta situación de pedir ayuda.</p> <p>Respuesta: Esto empezó con el tema cuando cumplí catorce quince años por ahí, con el tema de que yo no podía conciliar el primer sueño, empecé con eso. (Ya tenía. . . comencé a tener pesadillas, tenía problemas con el tema de la alimentación, no comía (mira) no es que no quisiera comer, sino por el tema en que perdía las ganas , perdía interés (y eso tú me dices que tienes entre catorce quince años).</p> <p>Pregunta: Y en ese tiempo donde estabas viviendo, con quién estabas viviendo.</p> <p>Respuesta: Junto con mi mamá. (Estabas con tu mamá en ese periodo).</p> <p>Pregunta: Y cuéntame cuando tú me dices tenía pesadillas, cuál eran esas pesadillas, a qué estaban asociadas esas pesadillas, así como en términos muy generales en el fondo.</p> <p>Respuesta: en términos de, sería pérdida de la familia, daño hacia la familia. (Ya como temores como miedo te refieres) si también son miedo, tenían que ver con</p>	

miedos asociados a mi papá (ya). (a tú papá) si a mi papá (ya perfecto).

Pregunta: Y cuéntame. . . para poder ser más específico, cuando te refieres a la familia te refieres a tu papá específicamente o a la familia completa o a la relación de tus papás.

Respuesta: Me refiero a familia a los que viven conmigo, y en este caso los que comparten conmigo, en éste caso son mi mamá y mi hermano, mis tíos pero con los que más comparto son con ellos.

(Y en ese periodo para ayudarte hay un poco y en ese periodo por ejemplo lo que estaba ocurriendo con el tema de tu papá es que tus papás se estaban separando, estaban juntos, o ya estaban separados ya) en este caso ellos se separaron hace mucho ya que se separaron por un tema de una confrontación que tuvieron cuando éramos, yo era más chico (ya), mi hermana era guagua y lloraba, en ese tiempo mi papa estaba jugando en un PC, se viciaba con eso (o sea pasaba mucho tiempo en el computador) . . . si mi mamá trabajaba y quedamos nosotros (ya) lo que había pasado, es que me estaban atendiendo a mí y mi mamá estaba pidiéndole ayuda él, pero ella atendía a mi hermana, ella lloraba, lloraba, la cosa es que la tomó de golpe y se la llevo una pieza, y la guagua seguía llorando (ya) y mi mamá se desesperó y llamó a carabineros (ya) y como era una pareja joven, que decían los carabineros que vamos a dejarlo aquí, soluciónelo, convérselo, esas cosas y se fueron (dejaron una advertencia más bien ya) si la cosa es que el día siguiente mi mamá se fue (esa es el historia que tú recuerdas) yo recuerdo parte de eso, pero esa es la perspectiva de mi mamá, de lo que paso.

Pregunta: y qué es lo que empieza a pasar a los catorce a los quince años que ahí como que empiezan a aparecer estos problemas para comer, problemas para dormir, se conecta un poco a esta historia.

Respuesta: Se conecta por el tema del que él lucho por el tema de las visitas hacia nosotros, yo y mi hermana, que somos sus hijos de sangre (ya tu papá empezó como en eso en esa línea te refieres a eso ya perfecto) no sé si hubo una denuncia o algo así, pero la cosa es que le dieron las visitas. (Ya). Cada visita que teníamos con él, no recuerdo muy bien eso, pero cada vez que iba no quería volver, ni tampoco quería ir en realidad (no querías volver a ver a tu papá ese era el contexto ya. O sea, cada visita para ti era una experiencia complicada, porque ¿qué te pasaba cuando te reunías con tu papá?), Ese era el problema, yo tengo recuerdos de los que los gritos más que nada. Gritos y algunos golpes (de los gritos de parte de él y de los golpes de parte de él) si pero más grande tuve del porqué de algunas cosas. Bueno le gustaba que las cosas se hicieran a su manera, que no lo criticaran por lo que hiciera, y se enojaba muy fácilmente (ya y cuando tú me dices las visitas eras tú y otros hermanos más estaba en ese tema) estábamos yo y mi hermana, en ese tiempo ya después nacieron mis otros hermanos y estaban ellos también.

Pregunta: Oye y este contexto de visitas, de violencia, de gritos, de este tipo de cosas, como de los quince años en adelante para poder llegar a la situación de ahora, ¿Cómo te empezó a afectar o qué es lo que empezaron a notar tu familia, tu mamá? . . . Me imagino que tú mismo, tus amigos, qué es lo que empieza a pasar y cómo deriva en que te motiva a consultar a salud mental.

Respuesta: Empecé con el tema de la irritabilidad, me molestaba todo

prácticamente, todo en el sentido de estar cerca de mi propia familia, de que no toquen mis cosas, cosas así, el tema que me hablaran también (porque eso como te afectaba). . . hacia mi papá, pero en éste caso parte de esa rabia, llegaba en parte a mi propia familia (a tu mamá también a tus hermanos, ya, ya, perfecto).

Pregunta: Y cómo llegas a consultar, cómo empiezas tú a identificar que sería bueno o positivo consultar a salud mental.

Respuesta: yo siempre creí o traté como algo normal lo que me pasaba. Ya, empecé a notar que era anormal, que había conocido a una compañera de curso que después se convirtió en una amiga (ya) y ella se estaba tratando, tenía algo similar a lo que tenía yo, (y qué es lo que empezaste a notar con ella, qué es lo que te comentaba) algo similar, violencia, gritos . . . (y que te recomendaba de participar en el programa) querer hablar del tema (ella te decía eso que tenías que hablar del tema . . . y eso cómo te lo tomabas tú inicialmente) yo decía lo que más te . . . yo podía tratarlo solo, que no necesitaba ayuda, (porque cuando ella te proponía anda, yo te acompaño, que te pasaba). Era como que me incomodaba, (te incomoda. . . porque con los ojos de ahora mirando esa situación cuál era la incomodidad, a qué estaba conectado, qué es lo que imaginabas que podía pasar si asistías) era prácticamente ir solo en éste caso, no necesariamente tenía que estar acompañado de alguien, pero el trayecto de ir a un lugar a buscar ayuda, era el que no quería hacer(perfecto porque que imaginaba que iba a pasar si pedía ayuda . . en algún minuto habías perdido ayuda, a algún familiar, amigo, algún confidente) no no no . . . en éste caso sería ella (Perfecto).

Pregunta: ¿Y qué te recomendaba a ella? ¿Qué te decía?

Respuesta: Buscar ayuda. (Como que ella decía: Oye, no te puedo ayudar), igual conversábamos de algunos temas pero tampoco ella podía hacer mucho, prácticamente era escuchar y compartir un poco el dolor prácticamente. (y que surgió pasando cuéntame un poco más). A la final ese tema con ella quedó que en el aire y seguí con mi vida, los problemas empezaron aaaaa . . . a hacerse más grande. Mi sueño, mi manera de dormir era muy descoordinada, no eran normales. (Tus sueño no eran normales, que es lo que te pasaba ahí me puedes contar) dormía de dos a ocho de la mañana, ahí recién dormía (refiriéndose que conciliaba el sueño a las 8 de la mañana e resto insomnio).

Pregunta: ¿Qué es lo que te quedas pensando?

Respuesta: Si. Lo que pude haber hecho. Cómo poder mejorar con las cosas pero al final no hacía nada, como quedarse viendo una película y decirle los personajes que hicieran tal cosa pero a la final ya no se puede, está hecho. (como esta sensación de que está sin salida en el fondo, como que no tienes como resolver este tema, como que aparece, se repite, pero que no tengo salida). Si . . . Si . . .

Pregunta: ¿Y qué es lo que te motivó ahí a consultar?. ¿Cómo llegaste a consultar?

Respuesta: La consulta fue porque me daban como dolores en la parte del pecho. Yo creí en ese tiempo que era por tema de que yo salía en bicicleta, no sabía calcular o hacer una buena respiración, mientras viajaba y hacía deporte. Pero también estos dolores me pasan cuando estaba haciendo cualquier otra actividad (mira, y me podrías describir un poco ese dolor y cómo era, qué es lo que te

pasaba cuándo andabas en bicicleta), en ese tiempo estuve cerca de cuatro meses andando en bicicleta, salía por semana los fin de semana. Y el tema, el tema lo que me pasaba era que me dolía respirar. (Te dolía respirar). Si, cada vez que inhalaba aire me apretaba, pero sentía como una especie de aguja, por decirlo así, (como aguja en el centro del pecho), cercano al pecho, pero en realidad lo sentía por la parte del corazón (como del corazón, como una punta en el corazón) si eso, a la final se me pasaba respirando de a poco muy muy de a poco, y tenía que parar en ese momento porque lo que estuviera haciendo, me movía. Podría ser algún otro problema, pero eso no lo tenían antes.

Pregunta: y cómo se da la primera consulta. y bueno ya tenía todos estos síntomas y qué es lo que pasa ahí.

Respuesta: porque iba al hospital y no hallaban que me pasaba, me hacían exámenes y todo pero el tema del pecho no era solamente ese síntoma, también sentía dolor en cualquier parte del cuerpo, ya sea en los huesos, muscular, dolores de cabeza, pero sin algún motivo (mira) aparecían no más, (ya) y así como llegaban se iban (y empezaron a aparecer esos síntomas y empezaste a consultar el médico no es cierto y el médico que te decía inicialmente) que estaba de salud física estaba bien (bien de salud física) si... y el tema de respiración, tema cardíaco. (¿Qué te preguntaba a propósito de estos dolores? Profundizado un poco) si . . . si había tenido alguna pelea, si es que hacía alguna clase de deporte. Le dije el tema a la bicicleta, pero lo que le decía no concordar con los dolores. Porque tenía dolores a veces en las manos y la espalda, los pie en las piernas en el estómago o en el cuello. (Mira, ¿y qué médico asocia esta situación a un tema de salud mental a un tema emocional o de estrés) creo que el cardiólogo me había dicho algo con el tema del estrés (ya), pero no me derivó a nada, solamente lo menciona. El tema cuando empecé ir a la salud mental fue cuando ocurrieron el tema del arresto de mi papá. (Cuéntame un poquito más de eso). . . La relación que teníamos con mi hermana y yo a mí me trataban mal y a mi hermana también, en el sentido que se desquitaba conmigo.

La cosa es que después supe por qué, porque yo no le había hecho nada a él, no le había hecho nada y no hallaba el por qué de lo que hacía (ya) la cosa es que se descubrió al final que él era pedófilo, (¿Cómo lo descubrieron eso?) En el teléfono de una de mis hermanas. Él le pedía material pornográfico a una de mis hermanas. (Te entiendo).

(¿Y quién descubre esto, lo descubres tú, lo descubre tu mamá?), lo descubre mi mamá. (Tu mamá lo descubre ¿y ella se la denuncia?) Hizo la denuncia, pero como lo descubrió fue de casualidad no más, porque mi hermana tenía un teléfono, en éste caso fue Matilde (Ya) y veía que le llegaban mensajes y se le ocurrió revisar, (ya) porque yo también le había dicho el tema que tuviera como control por el tema de la tecnología, a los cabros chicos, por el sentido de que juegan. (Perfecta) de jugar y cosas así. Pero ella lo hizo porque estaba desbloqueado el teléfono y revisó. Y se encontró con toda esa cosa. (Y cuéntame una cosa, y cómo tú te enteras de la situación, porque claro lo vio a tu mamá, cómo te enteras de estas situación ella te lo comenta directamente el mismo día en otro momento) el mismo día y también vi las conversaciones que tenía. . . . (Ella lo confronta en su minuto).

Él no estaba y se había ido como en la misma semana, una cosa así. (¿Se había

ido para dónde se había ido?) a trabajar (ya).

Mi mamá, y mi papá nunca se llevaron bien. Con el tema de que él era impulsivo y agresión, nunca le pegó pero si era le levantaba la vos, (como violento verbalmente) bueno y con nosotros también.

Ahí me doy cuenta que probablemente lo que hacía él, lo hacía desde hartoo tiempo, porque a mí siempre me trato mal y eso lo tomé como. . . como el tema de que. . . de que probablemente le hacía estas cosas a mi hermana.

(O sea, en el fondo lo que tú concluyes es que esta situación de agresión hacia ti, versus esta actitud más dócil con tu hermana era producto de esta situación. . . como que tenía ese interés. ¿y tú mamá te informa, te dice que lo va a denunciar?) . . . lo denunció prácticamente a la hora (a la hora perfecto). (¿Cómo te lo tomaste tú eso? ¿Y cómo llegas a que te deriven al PROSAM) . . . mi hermana Matilde junto con mi otras dos hermanas (ya) las derivaron al tema de salud mental, fueron como un año o meses no recuerdo bien, pero la cosa es que a mí, mi mamá me preguntó si quería ir y le dije que no (ya), que no quería ir (perfecto). Pero a al final termine yendo igual.

Pregunta: Y por qué terminaste yendo, qué es lo que pasó ahí.

Respuesta: que como no procesaba bien lo que estaba pasando. . . (O sea, estabas como medio interferido emocionalmente, o estaba medio complicado emocionalmente, que no podías tomar como decisiones. Tu mamá te preguntaba. . . Describeme un poco eso que te empezó a ocurrir) prácticamente huía de la conversaciones respecto al tema, no era que arrancar o algo así, sino que me desviaba del tema, eso (perfecto).

Pregunta: ¿y abrir todo éste tema que te empezó a pasar físicamente, a propósito que ya venían los dolores, qué es lo que cambió y qué es lo que empezó a pasar, se amplificaron los temas, el estrés aumentó?

Respuesta: El estrés que tenía aumentaba. Tenía conversaciones solitarias, solo en mi cabeza, por éste tema y también estuve un tiempo con el tema del alcohol. (Perfecto, perfecto).

Pregunta: ¿Cuánto tenías cuando iniciaste bebiendo o tenías exceso?

Respuesta: Bebía a veces, pero era solamente por el tema que salía con compañero o cosas así conocido y los acompañaba (y cuando empezaste a caer en excesos).

Respuesta: cuando pasó esa situación. Con el tema de que descubrieron todo eso. Esto es hartoo tiempo como dos o tres años. (Y cuéntame y tuviste situaciones de riesgo con el alcohol, habían situaciones de violencia de parte tuya, que es lo que te empezó a pasar ahí) eran excesos, tomaba esto lo. . . . Tenía preferencia por los alcoholes fuertes y prácticamente bebía hasta la inconciencia por decirlo así.

Pregunta: y tu mamá que es lo que te decía, se daba cuenta, no se daba cuenta . . . te proponías algo en ese tiempo.

Respuesta: lo oculté hartoo tiempo por el que llegaba siempre sobrio y como vivía solo en ese tiempo, prácticamente llegaba a mi casa no más (ya perfecto) y también comprada también alcohol fuerte y lo llevaba a mi casa y pedía usualmente de noche para dormir pero no hacía bien. . . si después de hartoo tiempo (claro claro claro) ya lo empecé a dejar.

Pregunta: y cuando ingresaste al programa, tuviste las primeras atenciones.

Cuéntame en qué contexto fue. . . como tu decías: no lo quiero conversar, que es como muy dura esta situación, lo conversabas solo con esta amiga, esta amiga siguió siendo amiga.

Respuesta: ya no seguimos siendo amigos por el tema que ella también tenía un problema con el tema del alcohol, y prácticamente era como un reflejo de lo que como me estaba viendo yo, pero yo no podía verme, por el tema de que de que como a menos que tuviera un espejo, o al menos que me acerque a un río o en fiestas y ahí vi cómo me estaba viendo yo. (Y eso cómo te afectó, mirarte que estabas siendo como tu amiga, que también estaba involucrada en este tema. ¿Qué es lo que te pasó ahí con esa experiencia?) En este caso los dos empezamos a dejar de beber como un tema de como una especie de de competencia y lo tomamos así (como un acuerdo en el fondo, una competencia) Sí, (ya, perfecto). Claro, ella dejó de ver. Yo también dejé de fumar pero digo bebo y fumo a veces ella estaba con otra droga pero también está como nivelada por el tema, sí pero está bien estaba trabajando, ya está en tratamiento con el mismo tema (y cuéntame qué pasó ahí con tu tratamiento cómo llegas a la situación para poder avanzar).

Fui al asistente social en el hospital, no recuerdo muy bien cómo se llama la asistente social, pero ahí conversé los temas que me pasaron a mí. (a propósito de que fuiste a la asistente social) a que me derivaran a un psicólogo, fue mi mamá quien se acercó (y que te dice tu mamá ahí) queeee . . . que fuera a hablar al hospital con una asistente social, que le conversara lo que me pasaba, y ahí estuve conversando con ella harto (cómo te sentiste en esa entrevista, qué es lo que te dice ella, lograste abrirte conversar de estos temas) . . . Yo vi la situación como . . . como conversar con alguien, con esto no me agradaba mucho. Así que Imaginé que está hablando solo prácticamente. (Como un monólogo en el fondo) pero ella igual estaba hasta ahí pero para sentirme más cómodo (Perfecto).

Pregunta: ¿Y qué te orienta a ella? ¿Qué te dice? Y a propósito de cuando escucha tu relato, tu historia.

Respuesta: Vio varios problemas. El tema de la violencia que le había dicho, y el desprecio que tenía hacia mí, por parte de mi papá por los pedófilos varones odian a los niños. Se desquitan por el tema. (y eso te hizo sentido) si, le hallé más sentido al actual de él (perfecto).

Pregunta: Y qué te dice ella, qué es lo que te propone ella a propósito de esta situación. Tú le cuentas que tal vez no sabes si te gusta contar tanto esto.

Respuesta: Sí, si le dije al principio, si le dijiste (ya). Pero ella resultó ser muy amable y segura por lo que decía. Eran como por decirlo así como no era como una especie de interrogatorio sino, como una conversación, pero como más casual, la conversación por decirlo así.

Pregunta: ¿Y cómo te hace sentir eso, cómo te hizo sentir en hace minutos?.

Respuesta: me hizo hablar de las cosas que me pasaron, las situaciones en las que pasé y ella como que sintetizó todo que pasaba por decirlo así, todas las cosas que le contaba secó temas, ahí entraba el tema del estrés recuerdo, ansiedad, decía el tema de la alimentación que en este caso no era solamente alimentación era la pérdida de interés general ya sea en actividades diarias. . . . Y a la final de que probablemente sea algún caso de depresión crónica, creo que mencionó algo así. (Y cuando ella te iba diciendo todas estas observaciones, lo

que veía en ti, lo que te pasaba, porque era como verse en un espejo que alguien fuera interpretando, todo lo que tú le ibas relatando, eso, como te hizo sentir eso) me sentí un poco más seguro y bien conmigo, sabiendo lo que tenía o algo semejante porque yo lo tomaba solamente como que está siempre enojado y no me gustaba que nada prácticamente (ya, o sea como que ella te hizo como un mapa, te mostró así como una ruta) podría ser esto. (Están todos estos elementos) si (como a reconocer que el enojo tenía varias caras tal vez) si . . . y después de esa sesión me derivó a un psicólogo, una psicóloga, y fue muy extraña esa situación porque ella me había dicho que probablemente en esta misma semana, por ejemplo ahora estamos a miércoles o jueves, en ésta misma semana me iban a llamar de vuelta, y al final creo que me llamaron al día siguiente, yo esperaba no se pu, para un día viernes, o próxima semana una cosa así resultó ser que me estaban llamando al teléfono, wssp se comunicaron por todos lados pero como buscando buscando (buscándote) si y yo usualmente dejo el teléfono prácticamente fuera de línea . . . se comunicaron con mi mamá y al final fui de nuevo a la otra sesión.

Pregunta: Cuéntame, como te fue con la psicóloga, nunca te habías atendido con una psicóloga.

Respuesta: nunca. . . . Ella. . . Ella estuvo conversando conmigo por los temas que dijo la asistente social, y ahí estuvimos desglosando las causales, de podría ser, Pero. . . No fue tan incómodo como el tema de la asistente social, yo creo que el tema de esto es como la primera vez de conversar todo esto, como que no es agradable.

Pregunta: porque qué es lo que te empieza a pasar con la psicóloga.

Respuesta: fue como más ligera la conversación. El tema diagnóstico, ahí recuerdo que me hizo las preguntas con respecto al . . . al . . . al varias preguntas como una especie de test, no recuerdo bien. Pero ahí entraban el tema de las adicciones en este caso, violencia y algunos hábitos que tenía yo, como Interés, y cosas así. El resultado ahí estaban conversando, que también podría ser en algún caso de depresión. (Perfecto. O sea, ella identifica algo de depresión, identifica el consumo de alcohol, algunos hábitos, Perfecto, el tema de la violencia también. Y qué es lo que te dice y qué es lo que orienta y respecto a eso, que es lo que tú entiendes de lo que ella te va diciendo). Que en la próxima sesión que es la que viene, van a. . . .Conversar más a fondo los temas específicos que hallaron.

Pregunta: Y que es lo que te propone ella.

Respuesta: Me dio algunos consejos, que cuando quisiera conversar que ojalá estuviera algo en las manos, porque vio específicamente que las muevo mucho, empiezo como a pellizcar o cosas así (perfecto). El tema del. . . cómo se llama. . . las puntadas al pecho que ojalá anotara los momentos que me pasara, cualquier situación cualquier dato que hiciera al respecto (se ríe). (Te llamo la atención esa indicación) Sí, el tema cuando durmiera mal también, que escribiera cualquier cosa, pero que sea el porqué.(perfecto).

(O sea, ya te hace un primer orientación que te dice que lleve un registro de todo las cosas que te están ocurriendo) como para tener algo con qué hablar con la psicóloga o e psicólogo (ya, O sea, te da como una tarea, una cosa así, te da como una indicación, una tarea) sí.

Pregunta: ¿Cómo te lo tomaste eso esto de ir registrando, anotando.

Respuesta: No lo había hecho esto nunca pero me pareció extraño (te pareció extraño, por qué te pareció tan extraño) por qué no lo había hecho nunca por ese tema.

Pregunta: Mientras van hablando estas cosas o vas profundizando, qué es lo que vas imaginando, qué es lo que vas evaluando. ¿cómo te imaginas las siguientes sesiones en ese sentido?

Respuesta: Imaginé que iba a ser algo más. . . .Intensa la conversación que íbamos a tener (Porque qué es lo que imagina qué puede pasar contigo en esas sesiones, cuáles son las expectativas que puede ocurrir ahí) que la verdad la sesión incluyendo esta sesión no me dan ganas de venir. Pero por el tema de que prefiero evitarlo. (Que es lo que te ocurre cuando te llaman a conversar o a hablar o a participar del programa) . . . es como que va la sensación que uno está agotado físicamente por decirlo así, ya sea . . . es como una sensación de agotamiento, pero te piden hacer algo más, como no tiene ganas de hacerlo, no tienes fuerza (y cuéntame un poco E3 y por qué crees que te pasa esto) . . . yo veo ue por temas de qué no . . . tal vez no quiero conseguir ayuda. Como una resistencia, como extraño. Pero a la final veo por el tema del que ya vengo a pie o colectivo, ya sea la locomoción que venga, de no perder el viaje (ya perfecto) veo cómo aprovechar el que ya estoy aquí y ya estoy a nada de seguir avanzando en algo.

Pregunta: y cuéntame cuáles son tus expectativas de esto, porque tú tenías la experiencia a través de tu amiga que ella te iba contando un poco lo que le pasaba con los psicólogos, con los profesionales que estaban ahí.

Respuesta: En ese momento fue que podría solucionar algunos problemas y ayudarme a sentirme mejor conmigo mismo, más seguro y tener más confianza. (Perfecto, perfecto).

Pregunta: y en la actualidad, que has ido reflexionando de lo que te ocurre a ti, independiente de lo que ha dicho el sicólogo y la asistente social.

Respuesta: Que me aísla. (Que te aísla). Que en general, ya sea por temas de familia, de amigos, de todo. Prefiero más estar solo.

Pregunta: que te provoca estar solo, que te activa estar solo, que es lo que te genera.

Respuesta: me da comodidad.

Pregunta: ¿qué pasaría si lo que ellos te proponen empezar a dar buenos resultados, que si tú te sientes cómodo y todo lo opuesto a lo que te ocurre ahora, o sea que te sientes cómodo, que te gustaría conversar con la psicóloga, que te sientes escuchado, que te empieza a ayudar y a orientar respecto de ti, que es lo que empezaría a pasar contigo?

Respuesta: Yo creo que estaría menos preocupado por algunas cosas que ya pasaron, de algunas que no van a pasar nunca, otra que podría salir más con algunos conocidos a lugares públicos, para el tema de sociabilizar (como que te empezaría a soltar un poco más en ese sentido). Sí, como algo así. Estaría. . . conversando y prácticamente siendo un hijo con mi mamá porque la relación que tenemos no es mala pero. . . (Como la definiría tú la relación con tu mamá actualmente). . . como que no hablamos cuando es necesario y a veces no más. Ahora últimamente hemos estado más cercano (ya) conversando y por los temas

que le afectan. No había abrazado a mi mamá hace años. (Ah, qué bueno. Qué Bonito y eso te agrada, se siente bien). Sí, se siente bien. Solamente que no me nacía, ni tampoco tenía interés en ello, pero era como un desinterés en general, de lo que te había dicho antes.

Pregunta: y el tema Mapuche te lo han comentado en el programa, ha estado presente, alguien lo ha tocado esa dimensión.

Respuesta: No, no que recuerde. Pero la asistente social dijo algo similar. (Como que cosas, que dijo te acuerdas de algo) que era hijo de una Mapuche prácticamente y que pertenecía a una familia Mapuche ya sea tenía algunas tradiciones. Pero no nada más que . . .

Pregunta: Y tú habitualmente participa de algunas actividades Mapuche, eres parte activo de esa dinámica, de siete identificado como Mapuche, con que tu familia también es Mapuche.

Respuesta: Iba antes a acompañar a mi mamá, pero alguna vez me gusta estar ahí, (a donde la acompañabas) no recuerdo los lugares específicos pero si los terrenos estuve cerca como del mar varias veces (ya) en otras partes donde era bosque y bueno, creo que un par de veces es así como en carretera y cosas así, (y haciendo qué cosas en el mar, en el bosque o en las carreteras) eran como se llamaban . . . creo que se llamaban Tragun, wetripantu y había otro más , no recuerdo muy bien, no me recuerdo como se llamaba. Y ahí la iba a acompañar, ahí conversaban, Bailaban, bueno yo tampoco me queda mucho tiempo porque me cansa.

Pregunta: en algún minuto consultaste alguna Machi o tu mamá quería que lo hicieras, te orientaba respecto de buscar ese tipo de medicina, te lo propuso, alguien te lo propuso en su minuto.

Respuestas: de las únicas medicinas que consumí por decirlo así, fueron por el tema del resfriado, para conciliar el sueño, por mi mamá y mi abuela (porque tu abuela que te orientaba y qué te decía) Ella tenía conocimiento con las yerbas, tenía hartos conocimientos con las yerbas. Tenía un libro de yerbas. Conversaba con ellas por la cosas que me pasaban, que tenía algo para dormir mejor de noche, (Perfecto), para el tema de los dolores musculares. Y ella me decía algunas cosas.

Pregunta: cuál crees tú que debiera ser camino que debiera tomar este tratamiento a propósito que ya iniciaste, que ya fuiste a tus primeras entrevistas. Te proponen algunas cosas o tú te imaginas. . . .

Respuesta: Lo que me gustaría es el tema de que ojalá siguiera yendo de esa sesión. (Súper)

Pregunta: tienes algo más que contarme, por el tiempo. Hay algo más que se te ocurre decirme que sería importante decirlo en esta entrevista.

Respuesta: yo creo que el tema de la búsqueda de ayuda. Cuesta, cuesta mucho (y mirándolo con ojos de ahora cuéntame por qué crees que te ha costado tanto pedir ayuda) por pérdida de ánimo, (por pérdida de ánimo).

Pregunta: tú sientes que el programa debiera tener cierta actitud hacia las personas que tal vez ayudaría a que más personas consultaran.

Respuesta: yo creo. . . que sería que fueran en búsqueda, que si hay algún familiar. Digo, hay una persona de una familia que esté en tratamientos psicológicos y vean que eso . . . que los problemas, por ejemplo, de maltrato a

una persona de parte de su propia familia, también debieran conversar con la persona que produce ese daño (ya) porque es muy probable que la persona que daña, no se pu . . . una madre que daña a uno de sus hijos y le provocó algo a sus hijos, es probable que la madre también tenga algo (perfecto). No solamente sea porque lo hizo. (No solamente a la víctima, sino que también a la persona que ejerce el daño). Aunque en muchos casos tal vez no se ve, pero podrían agregar eso.

Oye, muchas gracias E3 te pasaste, estamos cerrando la entrevista.

Datos de identificación Entrevista en profundidad

Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	26 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Valle Elicura, Contulmo
Código persona entrevistada	E4

(Estamos grabando hoy día es día martes veintiséis de septiembre y vamos a iniciar la entrevista a las dieciseis:cincuenta y uno de la tarde. Ya. La persona que vamos a entrevistar va a ser E4, quien ha desarrollado algunas atenciones en el Hospital de Cañete Kallvu Llanka. Sin embargo, en la actualidad, al parecer no se encuentra teniendo atenciones. Por decisión personal eso entonces bueno un poco la idea E4 es que tú me cuentes un poco cómo ha sido tu experiencia en el proceso de tratamiento y el proceso de atención que has tenido en el hospital, al mejor incluso podrías contarme un poco antes. . . de cómo. . . de cómo iniciaste tratamiento porque como me contaba anteriormente, venías con de Santiago. Y en Santiago también estuviste siendo atendido, para posteriormente venirte a vivir acá a la comunidad de Elicura y comenzar algunas atenciones en Cañete, en Hospital Kallvu Llanka).

Pregunta: Cuentan un poco de tu experiencia E4.

Respuesta: claro, yo empecé en Santiago, con mis problemas psiquiátricos, mentales, psicológicos. Fui hospitalizado en el hospital de avenida la paz. Estuve un mes y unos días, y unas semanas. . . y fue incómodo . . . porque estaba que empecé como con alucinaciones me acuerdo. (ya) Y de ahí fui trasladado al hospital psiquiátrico. (Perfecto. O sea, tú me cuentas que inicialmente consultaste. . . en qué comuna estabas en minutos ¿En qué consultorio consultaste inicialmente?) -Sí, en Puente Alto. (Puente alto). (Y ahí te derivaron a . . .) a salud mental (al Hospital Horwitz) . . . de ahí venían los doctores de allá (ya perfecto).

Pregunta: y en ese minuto Reinaldo cuál fue tu diagnóstico, qué es lo que te dijeron.

Respuesta: Me diagnosticaron esquizofrenia, (perfecto). . . por qué alucinaba y escuchaba cosas también, (perfecto). Debo decir que también estuve con malas juntas (a que te refieres con eso, como malas juntas), malos compañeros de rato para pasar los fin de semanas (como de juerga como de carrete, ya). Entonces los tipos aparecían con droga y uno ahí por pasarlo bien, por conocer, se metió en tonteras (ya, perfecto). Como drogas.

Pregunta: y cuánto tiempo estuviste en ese tratamiento y cuál es tu experiencia en ese tratamiento que tuviste en Santiago.

Respuesta: Sí, fue, no fue tal largo, fue como de como de dos años, más o menos. (A qué edad aproximadamente) como entre veintisiete y veintiocho (Veintisiete y veintiocho años. Perfecto).

Pregunta: y después tú me contabas anteriormente que tú te trasladaste aquí. Cómo llegan a trasladarse de región, de ciudad, te cambiaste de localidad también.

Respuesta: Sí, mi mamá tenía pololo esporádico acá. En Elicura, (ya). Y con el tío XXXX pu, cuando venían gringos, mi mamá cocinaba los fin de semana, cocinaba en la casa (ya) eso y yo le iba a ayudar, yo ya vivía con ella, y en esos tiempos que yo venía con ella yo ya había salido del hospital, venía con ese como depresión, no sé lo que era, depresión endógena.

Pregunta: Descríbeme un poco cómo te sentías cuando tú venías.

Respuesta: no mal era como un llanto, como pena, (como pena), como pena, claro eso (cómo te interferirías en el día a día, Qué es lo que te ocurriría, Cómo te das cuenta tú que te interferiría). Sí, porque yo me gustaba en Santiago trabajaba, y era deportista, yo iba los fin de semanas del viernes hasta el domingo (ya), hacía deporte futbol, bicicleta e iba al cajón del Maipo, (ya), hacía deporte bicicleta, jugaba a la pelota,(ya), canchas de allá, pa' acá, y en esas cosas caí en depresión, por intermedio de las juntas el copete, el alcohol, (Ya), Entonces (Y cuéntame una cosa y cuando empiezas a acompañar a tu madre, acá a Elicura). Ahí vuelvo, yo me acuerdo. (Eso, cuéntame cómo llegaste a instalarte acá en Elicura). Veníamos donde un tío acá. . . bueno ahí. . . donde el tío Manuel, trabajábamos con él (ya) pero yo no me acuerdo bien, pero me acuerdo que estaba aquí me daba como. . . como el mal enfermo (enfermo, Ya). (Trata de ser más específico, a qué te refieres con enfermo) Ah, como ganas de no hacer nada. (Ya. Como desmotivado). Desmotivado, claro, entonces eso, siendo que trabajaba bien allá.

Pregunta: ¿Y cómo definieron quedarse acá? Aquí en la comunidad. Que está es una comunidad Mapuche en el fondo cierto.

Respuesta: si porque mi tío nos cedió los terrenos, los espacios (ya) antes que él falleciera como tres años antes, (que tío) el tío Gerónimo (a el tío XXXXX les cedió el espacio y ese es el hermano de tu mamá) es hijo de mi abuela (hijo de tu abuela, ya) sí, (ya) y de mi abuela materna, no de mi bis abuela (¿Y cómo se llama tu bisabuela?) mi bis abuela se llamaba XXXXX (Y sus apellidos) XXXXX (¿Y su otro apellido?) no me acuerdo (Ya). (Y entonces el tío XXXXX antes de fallecer o cuando fallece ahí le ceden los terrenos a tu mamá), si antes de fallecer. Porque en ese tiempo, que íbamos pa allá, yo venía pa acá, bueno todos venían, (refiriéndote un poco a la casa de tu tío XXXXX). Por qué íbamos donde el tío XXXXX, aquí estaba el tío XXXXX, el abuelo Pedro, (ya) que cosechaba aquí siempre. (ya perfecto).

Pregunta: y en qué periodo ya se instalan acá, se instalaron acá.

Respuesta: Trabajábamos en Santiago, y nos vinimos (ya). (Cuántos años tenías ahí cuando llegaste a la comunidad). Yo tenía justo en ese tiempo veintisiete, veintiocho. (Veintisiete y veintiocho años, Perfecto).

Pregunta: y cuéntame y cuando fueron tu primeras atenciones acá, porque me imagino que este decaimiento este desgano tuvo alguna repercusión en el fondo.

Respuesta: siiiii. . . . si fue después Yo igual yo no voy a echarle, es puntual, porque mis tíos siempre me preguntan, pariente directo me preguntaban oye como se te ocurrió suicidarte, no pensaste en nada, en tu mamá, en ti no, yo decía no pu

Pregunta: porque eso cuando fue, a cuánto tiempo de llegar acá intentaste quitarte la vida y de qué forma.

Respuesta: tenía como treinta y uno o treinta y dos, treinta y dos, treinta y tres. Que traté de suicidarlo (y de qué forma lo intentaste) Ahorcamiento, cuerda, en un árbol. (Perfecto) que fue aquí mismo, aquí arriba (refiriéndose en un cerro cercano al río).

Pregunta: y cuéntame una cosa y antes de eso estabas en atenciones.

Respuesta: No. (O sea, tú intentaste suicidarte como a esa edad). Sí, lo último fue en Santiago. (Ya). (Después tu dejaste el tratamiento) y me vine. Y pasé con esa. . . . Bueno, recuerdo momentos que estaba enfermo, como. . . . mal...

Pregunta: Y cuéntame y mirándolo con los ojos de hoy día. ¿Qué es lo que te motivó a quitarte la vida? ¿Qué es lo que te incitó a quitarte la vida?

Respuesta: a mí me hizo bien estar aquí, a instalarse o a vivir me hizo súper bien.

Pregunta: al momento que te viniste, al cuánto tiempo tú te intentaste quitar la vida. Respuesta: Cómo lo agarra. E que lo otro, es que yo venía todos los veranos. (Ya). (Pero cuando te intentaste suicidar ya estabas instalado acá) si. . . . si ya estaba instalado aquí. . . . Cuanto llevaba, como unos tres años (Ya).

Pregunta: Y mirándolo con los ojos de hoy día, qué estaba pasando en ese periodo que te motivaste a quitarte la vida.

Respuesta: Si habíamos trabajado, habían llegado mis cuñados, carpintero. Y yo le ayudaba en ocasiones. (ya) porque yo en ese momento ponía música, en la radio wequeche (La radio comunitaria) sí. Y antes de eso o después de eso. . . . no recuerdo bien, los maestros me decían, pone música, y me decían pone esto y esto. Y yo iba y les ponía música. Me acuerdo (ya). Pero fueron como tres años después que me vine de Santiago.

Pregunta: Y cuéntame, cuales fueron tus primeras atenciones. Porque tú me dices que te intentaste quitar la vida y eso no avanzó y cómo se generó el tema de consulta, cuéntame un poco de eso.

Respuesta: llevábamos más o menos tres años aquí, la casa yo después hice terminaciones, porque yo igual trabajé en carpintería, en Santiago, entonces cachaba algo. Y los mismos maestros me dijeron que terminara ciertas partes que queda por terminar y la hice, plantamos arbolitos con mi mamá, jardinería, que era como muy sustentable, (ya), otro sustentable, (ya). Entonces súper bien pu.

Pregunta: Y cuando intentaste suicidarte, qué pasó.

Respuesta: yo recuerdo que estaba ahí, en el segundo piso, y ahí empecé como a enfermarme. (Ya, En qué sentido, a qué te refieres con eso) empezaba a escuchar voces, a escuchar voces hacia afuera (Ya). Por ejemplo, siempre me acuerdo de esto, estaba arriba en el segundo piso, viendo películas con el DVD y escuchaba como un llanto, de la pieza escucha afuera con en el camino, De noche, como entre once y medio y doce de la noche. Y a mí se me paraban los pelos, tenía el volumen bajo de la tele y escuchar esa cuestión, como un llanto, como lo escuche. . . . (y eso como te hacía sentir eso) me dio miedo se me pararon los pelos, pero al mismo tiempo abrí la ventana y miré y nada. Pasó la

semana o los días, no me acuerdo, y escuche nuevamente lo mismo, como un llanto, una queja, pero, de mujer (¿Y cómo derivó en que te quisiste quitar la vida?, eso tuvo relación con el intento) si . . . creo que tuvo que tener relación . . . he he he . . . con eso, por qué igual, de ahí yo me empecé o ya estaba enfermo, porque de escuchar cosas no es normalmente como aceptar (o sea ahora tú lo evalúas eso como que no estaba bien en ese periodo). Claro y yo todo, todo, estaba enfermo. Entonces, igual pu yo, como le había contado. . . (Y nunca quisiste retomar aquí la consulta de psicólogo, de médico acá, como estabas en Santiago). No, yo antes de suicidarme, no. Pero si me sentía como Down, porque habíamos hecho hartas cosas, habíamos trabajado, esta casa, los árboles, éramos autosustentable todo.

Pregunta: ¿Y cuándo fue la primera vez que consultaste aquí en el Hospital Kallvu Llanka? Cuéntame ahí un poco.

Respuesta: si porque ahí después que intenté ya suicidarme (¿Qué es lo que pasó ahí en adelante? Cuéntame un poco ahí). Tomé la decisión de eliminarme, fue como de una así (Casquea los dedos de la mano) Estaba predis . . . como se dice (predispuesto), no no estaba predispuesto, porque estaba con mi mamá y yo a mi mamá la amo, mi mamá es una persona súper buena (¿Qué es lo que te motivó y hacer eso?) nada, desaparecer no más . . . Porque pedía que mi vida no hará lo esperado. (aaa, te entiendo) Pero más allá de haber tenido un espíritu quizás material, o yo mismo yo dije siempre he sabido, lo que hay que hacer o el esfuerzo que uno puede llegar a alcanzar para lograr ser ciertas metas (Perfecto). Y ya dije me deprimó en ciertas formas, porque sé que voy a haberme esforzado, para haber tenido cosas que pudiera haber tenido y no las tuve, pero así y todo no me quejaba, teníamos que ser un espíritu más. . . (y entonces lo que tú me dices es que la primera vez que te intentaste quitar la vida, llegaste al hospital). (¿Cómo llegaste al hospital? Cuéntame. ¿quién te descubre en ese intento? . . . En ese intento fallido. Yo me imagino que esto de la voz tiene que ver con eso, un poco, que es lo que pasó ahí, ¿Cómo llegaste al hospital? ¿Qué es lo que pasó?) Me llevaron para el Hospital de Contulmo, me vio un doctor que era conocido.

Y yo todavía me acuerdo. Le hacía dibujos. Pero yo ya estaba como. . . como me sentía que veía diferente (ya) imagínese escuchar cosas.(Y en qué minuto empiezas a atenderte en el Hospital Kallvu Llanka). Justo después de ese lapso, el que me lleva mal. Ah, me trasladan para Concepción, (Ya). Y allá ve un psiquiatra y un médico, me dicen continuar con psiquiatría, psicología y todo eso. (Ya). (¿En qué parte?) Psicología, ahí vino una psicóloga y me hizo la terapia, psicología. (De dónde era esa psicóloga), de acá del hospital. (Y qué empieza a pasar ahí, ese es tu primer tratamiento acá) Claro psicológico. (¿Cuánto tiempo estuviste con ella?) si estuve un montón de tiempo, ella me tiró bien para arriba. Salí pa riba, estuve seis meses, siete meses, Y de ahí me pasó a quitarla, la iba a ver, tomaba Quetiapina (ya) indicaciones, medicina.

Pregunta: y cuéntame y ¿cómo desde ahí después llegas a consultar a cañete?

Respuesta: Si pu yo ahí. Me trasladan porque yo igual era inter. . . como se dice. . . a rato hacía bien, las cosas, iba bien. Y de repente como que decaía (¿Cómo que decaías? ¿Cómo que decaías? ¿Ya?)Entonces eso me pasaba. . .

Pregunta: ¿Y cómo fue la atención allá en? ¿Te acuerdas en qué periodo ingresa a Cañete y quienes fueron las primeras personas que te atendieron en el Hospital

Kallvu Llanka.

Respuesta: me llevaron al hospital de día, hospital de día primero (ya perfecto) el plan era que me iba a cierta hora y me quedaba hasta cierta hora, me daban desayuno y almuerzo, (ya perfecto) y ahí me hacían terapia (ya o sea ibas cada cierto tiempo) de lunes a viernes, y después me redujeron los días, como tres o dos días a la semana (ya) terapia lo mismo y me enseñaban he he he . . . (el hospital le día dónde quedaba . . . en cañete) Cañete, en qué parte de Cañete (en el mismo hospital o fuera el hospital) Sí, está en la calle de la no se me ni el nombre de las calles. Saavedra parece que se llama.

Pregunta: y cuéntame y ese tratamiento cuánto tiempo duró y qué es lo que pasó ahí, por qué dejaste de ir a ese tratamiento.

Respuesta: Sí, porque primero estaba mal pu. (¿Cuál es la orientación que tenía el tratamiento? ¿En qué consistía tu tratamiento?) queeee . . . tratar de estar, de estar . . . de hacer cosas y tener que apoyar. Tener que hacer cosas trabajar (Ya. Perfecto).

Pregunta: ¿Y en qué minutos desertas de ese tratamiento? En qué minutos te sales de ese tratamiento.

Respuesta: No, lo continúe por un buen tiempo, si yo prácticamente nunca, mejor dicho al último después de eso me hice un tratamiento que fue. . . que fue ... que yo iba a ver yo al psiquiatra, (a dónde lo ibas a ver) a Cañete mismo, me daban fecha, me citaban, aaaa tu estas bien, el psiquiatra me decía (y en qué lugar te atendías ahí) en el mismo COSAM (y en que minuto comenzaste a atenderte en el COSAM) después del tratamiento de acá, de la psicóloga de Contulmo, (y en qué consistía el tratamiento del COSAM, o sea primero pasaste al COSAM y luego al hospital de día) sí que era de . . . (Y en algún minuto te atendiste en el Hospital Kallvu Llanka) Sí, era en partes excepcionales, hasta hace poco dos veces, dos veces hasta hace poco (ya) hasta hace tres meses atrás (a ya) (y en qué consistió esas atenciones) Yo la verdad que a mí nunca me dijeron, pero me daban remedios, unas cosas que eras para equilibrarme (¿Y en qué consistía el tratamiento? ¿Con quién te atendías ahí?) Quetiapina, algo que me daban, no me acuerdo bien. (pero en qué consistía el tratamiento, además de darte medicamentos, qué otro tipo de tratamiento era) de lavarse los dientes, que levantarse temprano, de hacer cosas manuales, (hacer cosas manuales) Sí. (Dónde era eso, en que parte) En el Kallvu Llanka. (en el Kallvu Llanka aaaaa).

Pregunta: Y cuéntame y esas actividades las hacías dentro del hospital.

Respuesta: si adentro, en el cómo se dice, en el En el corta estadía. (En el corta estadía, perfecto). Nos daban desayuno, almuerzo yyyyy . . . (¿Y cómo llegaste al corta estadía?, A propósito de éstos últimos tres meses) siii porque Me llevaron pu. (¿Quién te llevó?), vino un funcionario de Contulmo (Ya, Y a propósito de que te llevaron, tú sabes, porque se llevaron acá). Si yo nunca, Yo realmente sé, esa vez que me llevaron, no sabía (¿Qué estaba pasando contigo en ese tiempo?) Sí, yo estaba violento y eufórico (ya) porque ya estaba chatos de trabajar (de trabajar en qué) de ayudar, de estar allá pa acá (ya) estaba full pega, entonces mi estado físico percuto a mi salud emocional.(aaa perfecto) y percuto en que yo me puse agresivo. (Ya, y empezaste a pegar a la gente, que es lo que pasaba) siii, empecé a tirar las cosas a la pared y a pegarle pata a la pared y así pu, porque igual pu porque ya estaba chato . . . (ya) era una

forma de . . . de no sentirme . . . bueno yo, bueno soy así yo, fue como que exploté (Sí, sí, te entiendo, te entiendo). (Y ahí tú dices que vino un funcionario, un funcionario en una ambulancia), si yo nunca supe y me dijeron que me iban a internar, (ya) (a y fueron y te internaron ahí, en el corta estadía) si, y fue sin violencia y me dijeron Reinaldo te vamos a llevar para allá. Yo tranquilo (y ¿Cómo te lo tomaste eso? Cuéntame un poco eso), si bien bien, me fue bien, porque igual me hizo bien. (Cuéntame un poco de esa estadía) Sí, yo estuve aproximadamente como dos semanas. (y en que consistió el tipo de atención) Siii, la terapia fue de tranquilizarme más que todo, bajar la neura, porque ya había estado. . . (y en ese espacio del corta estadía, qué tipo de actividades desarrollaba, pensando en que tú eres Mapuche, cuál es la actividad que desarrollaban los Mapuche) bueno la relación Mapuche, nada . . . que yo tenía que hacer más cosas manuales y estar más, por ejemplo y en un estado más fijo, como más tranquilo. (¿Qué tipo de atenciones te brindaban ahí?) Sí. (¿Quién te atendía?) Que trabajos motrices, con las manos. (¿Quién hacía eso?) los terapeutas (los terapeutas ocupacionales) ocupacional claro, también estuve con varios, con tres o dos . . . personas que eran terapeutas ocupacionales. (ya) y eso me hizo bien . . . empecé a hacer cosas manuales, que igual estaba en la casa donde estoy, y me ha servido, pero igual me faltan cosas, por estar tranquilo, completamente, Por ejemplo, yo Hace como un cuatro meses atrás, me entregaron un módulo, una casa, pero que no tiene baño. (¿Dónde te entregaron un módulo?) si aquí al frente de la casa aquí (ya) (quien te paso el módulo de tu mamá) se fue por intermedio de la Muni, con personas de la forestal.

Entonces yo recibí el modulo y me fui al tiro, a quedar por las noches (ya), tengo luz, tengo una camita, pero igual me falta, lo que a mí me gusta, eso sería, imagínese estar apoyando a personas como mi mamá. Que es seca para cocinar (ya) . . . y a mí me mandaron para allá y a mí me gustaría cocinar, así cosas que salen de mi gusto (ya) de mi espacio . . .

Pregunta: Oye y cuéntame volviendo E4 al tema del tratamiento, qué otro tipo de actividades hacían en el tratamiento, qué tipo de personas te atendían, tú te sentías cómodo ¿Qué es lo que pasó ahí?.

Respuesta: si bien es verdad, como le contaba, para la temporada, ¿Cuándo empezó el COVID? (hace como dos años, dos mil diecinueve) para un verano, hace dos años, como en esa fecha yo salí del COSAM y yo me sentía impeque, súper bien, emocional, mentalmente, físicamente estaba bien, salí y fui, trabajamos como tres meses y medio, una construcción, en una casa, y tú me vez, yo soy delgado, entonces yo pesque de nuevo saber bien que para ir a hacer una construcción de casa, teni que estar en un estado . . . si estas al cien, tienes que estar al deciento, y eso lo aprendí fuimos hicimos la casa y ahí no empecé a perder, gané lukas por decirlo, (ya). Hicimos la casa y ahí yo perdí esto físico, por decirlo así, pero me sentía bien porque le ayudamos a la persona. Porque más allá, nadie trabaja gratis, cierto, porque la conocíamos era una persona conocida, el Adi conmigo bien yo incursioné en construcción carpintería, yo igual soy hábil toda esas cosa, pero me faltó más estado físico.

Pregunta: Oye Reinando, recién hablando con tu mamá la señora María, me decía que al parecer además del tratamiento médico psiquiátrico de atención del Kallvu llanka, tú en algún minuto vieron la posibilidad de atenderse con una

Machi. Cuéntame un poco de eso.

Respuesta: Si eso fue cuando llegamos de Santiago, cuando antes de suicidarme inclusive, (Antes de eso, cuéntame un poco de ese tipo de atención, y cómo accedieron a ese tipo de atención) Porque mi abuela, ella era ayudante de Machi, entonces sabe un montón, sabía, todo lo que aprendió la mayoría de las cosas, me las enseñaba ella. Ya. El último día antes de fallecer. Ella yo le preguntaba, y yo estaba ahí enfermo me acuerdo. Estaba como en el ala, caída como se dice. Y me acuerdo claro, clarito que mi abuela me apoyaba, yo le ayudaba, picaba unos palito y me daba almuerzo, y le contaba que en Santiago era así, (tu abuela en ese tiempo estaba viva) si , y mi abuela lloraba porque yo estaba mal pu. Se sentía como con pena.

Pregunta: ¿Y cómo surgió este tema de la atención de Machi? ¿Quién te recomienda eso? ¿Quién define hacerlo?.

Respuesta: Por la salud intercultural. . . (Cuéntame un poco de eso) que eran personas que venían No me acuerdo bien. . . (Eran de Cañete) eran de Cañete claro . . . (Era la Unidad de Salud Intercultural de Cañete, el Kallvu Llanka en ese tiempo). Pero no estaba el Kallvu Llanka todavía (no estaba el Kallvu Llanka, habrá sido del Servicio de Salud) Exacto. (habrá sido Alejandro Ramírez, tal vez ¿Quién habrá sido en ese tiempo?, habrá sido Pascual Levi) No, pero también estaba Pascual Levi. Alejandro. Sí Alejandro. De tés blanca (si Alejandro). (Claro. Alejandro Ramírez. Perfecto. Y también estaba Pascual). Si Pascual. (Cuéntame un poco de esa experiencia). Si pu, ellos me vieron y me dijeron, entonces tu tení que hacer terapia entonces, porque el profesional están para eso. Entonces ahí me fui al tiro (para donde te fuiste) a no pu, miento, no me acuerdo bien. . . . yo después me trate de suicidar . . . (Pero en qué minuto tu accede la atención de machi para que no nos perdamos un poco) a ya . . . Fue bueno. Con salud intercultural (que te sugiere atenderte en Cañete) si en Cañete, y ahí me llevan. . . como se llama este lugar. . . con una niña que estaba aquí (refiriéndose a la facilitadora intercultural) la. . . Que es de aquí. (Ah, con una facilitadora intercultural) que es de aquí mismo (Sí, sí, sí, sí. ¿Ya? La lamngen. ¿Cómo se llama? La lamnge Elisa). No de aquí, no me recuerdo el nombre (pero era una facilitadora intercultural y ella donde trabajaba) en Contulmo aquí . . . ella hizo la gestión para ir a un lugar cercano (ya para donde fueron, fue una Machi, un Machi, quién te atendió en ese tiempo) fue una Machi. (te acuerdas de la Machi y te acuerdas como fue esa atención) era buena súper cálida, una vuejita deeee del lugar . . . no me acuerdo los lugares . . . pero de aquí para Purén hacia el sur, camino de tierra son como cerros secos . . . cerca de Angol (y cuéntame cómo fue la atención) esa fue súper buena Ella estaba con unas personas, con una ayudante de Machi. Y otra una niña que había. . . (Ya) y con esta persona la. . . no me acuerdo el nombre (la facilitadora intercultural) sí. Y estaba ella, mi mamá y otras personas, y ella tenía un espacio donde tenía su Lahuen, su medicina, entonces mandaba a esta persona y esta iba y le traía la medicina, los remedios y todo eso, plantas, y ahí mismo me hizo un machitún, me cantaba, me cantó, hizo fuego, que con hojas de canelo, en la espalda (te pegaba en la espalda) claro. . . con su medicina y todas esas cosas. Y me hizo bien, (y como te hizo sentir eso) me hizo sentir bien eso, quizás era distinto. . . antes de ir a la Machi de Lumaco, ella misma descubrió, por intermedio de la orina que años

anteriores, yo había sido infectado por un Ngen (Espíritu guardián del bosque) por un espíritu del agua, que fue porque yo invadí un espacio, (perfecto) del río, de ahí mismo. . . este (refiriéndose e indicando al río que colinda su casa) pero que fue años atrás, y yo no tenía idea y me enfermó en el transcurso del tiempo.

Y yo recuerdo que coincidía, que años, cuando era cabro, tenía como veintitantos, anduve en ese río, y me enterré algo en el pie y ví y me saltaba la sangre, y corriendo por ese río hago esto en el tobillo, (se mira) puras piedritas y arenita había, es todo, andaba puro corriendo leseando. (Hace un ruido gutural) y justo lo que dice la Machi que fue , yo coincido con eso, que un Ngen se me introdujo, por dentro y me cortó, y se me fue por la sangre hasta el cerebro, y ahí fue mi enfermedad, (y cuando la Machi te revela esto, te dice esto ¿Cómo te hizo sentir eso?) Sí, mucho mejor. Qué era. . . Qué chuta, era eso entonces y nuestras cosas que pensaba que podían ser. (En ese minuto tenías fé en la Machi que te podía curar) siiiii, cien por ciento (confiabas en la Machi y cuéntame un poco de eso). Sí, totalmente ella con mucha fe y esperanza a recuperarme (Perfecto). Me dijeron por ahí también que no podía ir con mala energía. (ya) Con mala vibra y eso. (Eso quiere decir que tenías que ir con la fe y dispuesto a querer ser sanado también). Cierto. (A eso te refieres ya, perfecto).

Pregunta: Hay algo que le llamara la atención en esa primera atención de Machi.

Respuesta: Sí, me llamó la atención que era bien viejita. Y lo que contaba era que a esta viejita la mandaban a llamar para Argentina. Era viejita tenía setenta y cinco u ochenta años, en esos años, más de quince años, diez años, eso me llamo la atención. Y que tenía harta agua medicinales, que la sacaba de ahí mismo cerca.

Pregunta: Ella te dio algún tipo de Lahuen, te envió con Lahuen a la casa de vuelta, tuviste que pagar algo por eso.

Respuesta: si tuve que pagar. (Ya). No pague mucho no era muy caro. (Ya, tú pagaste con dinero o con algún tipo de. . .) Sí, con plata. Con dinero. (Ya perfecto. Perfecto, fuiste solo, fuiste con tu familia, alguno participó de la ceremonia). Si con la persona de salud intercultural (Ya). Del hospital de Contulmo, de esos años. (Perfecto). Fue mi mamá y otras personas. (Ya).

Y me acuerdo, fue bien cálido, bien grato, porque nosotros tenemos era la alternativa natural que teníamos (¿Cuántas veces te atendiste ahí?) Sí, fueron como tres, cuatro veces. Si primero fue el machitún, y después me entregaron la medicina (ya) pero me hizo el machitún con todas las cosa.

(Estaba tu mamá, tu familia en ese minuto), si mi mamá, el tío Daniel parece que estaba, no recuerdo muy bien. Pero igual estuvieron (Mira, ellos fueron parte de la ceremonia también). Si (Mira). (Y después de ese tratamiento, cuéntame cómo te sentiste, qué es lo que pasó, Ese tipo de tratamiento también te lo ofreció el Hospital Kallvu Llanka, también en algún minuto ellos te ofrece). Sí, pero mucho después eso,

Pregunta: cuéntame un poco de ese tipo de atención que te ofrece el hospital Kallvu Llanka.

Respuesta: Yo siempre llegaba a la conclusión a esa incomodes de estar tomando en el hospital Kallvu Llanka ese tipo de medicación winka como se dice. Repletarse de capsulas. Y si bien son buenas, pero los efectos secundarios son los queeeee por ahí muchas veces atacan.

Pregunta: y como te hacía sentir éste tipo de tratamiento winka como tú le llamas.

Respuesta: si es que incómodo. . . cuando es mucha. . . cuando es mucha. . . mucha capsula por decirlo así, Por ejemplo toma de dos a tres capsulas en la mañana y me decían tomate dos en la noche, ahí ya estaba como colapsado, por el simple hecho que comía algo, y como que me hinchaba.

Pregunta: En el hospital Kallvu Llanka te ofrecen algún tipo de atención por Machi.

Respuesta: si también hubo, primero cuando Salí del hospital quedé con tratamiento con psiquiatra, vinieron las psicólogas del hospital, Y me dijeron que podía seguir con el tratamiento de esto mismo, con Machi, o con machi o con la. . . Como se llama esto. . . Lawuentuchefe, que son los que igual hacen otra medicina parecida al Machi. (en que consiste el tratamiento con la Lawuentuchefe) si, es como más hierba pero no ven orina . . . la Machi ve orina . . . la Lawuentuchefe es más . . . para dolores, de plantas, conocedor de plantas, para ciertos dolores. (y cual es a diferencia que tú viste) que la Machi por intermedio de la orina, ve que siempre la ve por la mañana, ahí identifica que tipo de enfermedad puedes tener y lo mismo que medicina o Lawuen te entrega para cierta enfermedad (y la Lawuentuchefe cuál es su rol) no pu que no te ve la orina . . . es como decirlo, es como un paramédico (perfecto).

(Y cómo identifica que Lawuen darté) no porque siempre por ejemplo, cosas cuando trabajas mucho pa bajarte la . . . (pero eso lo da a propósito del relato que tú le das, tú le haces el relato le dices me duele acá el hombro entonces ya te da algo para el hombro muy específico). Claro sí. Eso (Ah, perfecto. Perfecto. Es como más sintomático).

(En cambio, la Machi, parece que es como más espiritual, más integral a través de la orina, pueden interpretar qué diagnóstico tú tienes). Eso (Perfecto) si pue así . . .

Pregunta: y la Lawuentuchefe que te atendió, cuéntame cómo fue esa atención a diferencia del de la machi.

Respuesta: Bien, súper bien. No, pu, yo seguí con Machi. (seguiste con Machi) seguí con Machi, igual la misma onda que . . . con la Machi que . . . Esta era otra Machi . . . yo empecé con Machi mujer, y los últimos que eran Machi eran hombres. (¿Y de dónde eran esos otros Machi?) no me recuerdo de donde eran pero hacia el sur. (Ya, perfecto), (pero por el mismo camino Purén) si para allá. (O sea, tuviste varias atenciones de Machi entonces, mira. Mira). Si a través del tiempo (Y en la actualidad, a pesar de que no continuabas con el tratamiento de salud mental del hospital, Sigues con Machi, no sigues con Machi).

Ya no sigo con Machi. Porque el espíritu al final por ejemplo, La Machi ve el espíritu. (Ya). Y si ve que ya, te dice, te encuentra. . . tiene que hacer esto o te enfermaste por esto, por ejemplo por agredir, o por no pedir permiso a un espacio, me enferme, por el respeto, me castigaron, se metió éste espíritu debiera salir o quizás ya salió, eso es lo que no sé.

Pregunta: y si te dieran a elegir E4, qué tipo de tratamiento, a propósito de esta enfermedad mental, qué tipo de tratamiento elegiría el tratamiento del Hospital Kallvu Llanka o el tratamiento de Machi.

Respuesta: Yo creo que pudiera ser fusionado (Ya, porque qué cosas buenas tuviste en el tratamiento del hospital, por qué cuáles son las cosas positivas que

tuviste, qué cosas te ayudaron, por ejemplo), si pu el hospitale, super buena acogida, no totalmente, todas las personas, (pero que te ayudó a avanzar, en tu recuperación) si educación sobre todo, me enseñaron un montón sobre la . . . sobre . . . sobre la conducta (ya) que no voy a tomar que voy a hacer, levantarse temprano (ya), el aseo, ducharse, bañar (como las actividades de la vida diaria, la rutina en el fondo ya). Y un poco de disciplina igual (ya). También, lavarse los dientes, comer a cierta hora. (¿Y eso no lo tenías antes tú?) Sí, lo perdía por momentos (Perfecto).

Pregunta: Y respecto a las atenciones de la psicóloga, del psicólogo, del asistente social, de otros tipos de profesionales como atenciones más individuales, ¿Qué es lo que tú rescatas de eso? ¿Qué es lo que te agradó? ¿Qué es lo que te gustó? ¿Qué es lo que te ayudó en el fondo a recuperarte? A propósito, por ejemplo, del ánimo o de ese tipo de cosas.

Respuesta: Es que a mí son como sentimientos encontrados igual. Porque me acuerdo, recuerdo, que hace como siete, ocho, años atrás, yo iba donde el psiquiatra (ya) pero tampoco digo que sea malo o bueno, me acuerdo que el psiquiatra me decía, tení que trabajar y yo siempre he trabajado, que no tengo un contrato definido en una empresa en una cuestión es diferente (y eso como te hacía sentir, que te dijera eso que tenías que trabajar, que no tenías un contrato que tenías un trabajo informal) fome porque yo siempre trabajaba pa comer pu, pa comer, siempre en Santiago.

Pregunta: y por qué te decía que tenías que trabajar, que tú piensas ahí.

Respuesta: si porque igual habían lapsus que mi mamá sabía que yo no hacía el trabajo, habían días completos que yo no hacía nada (ya), al otro día que le ayudaba, y otro día que me ocupaba en mí. Entonces era así como fluctuante, como se dice. (perfecto) (Porque en ese mismo sentido cómo te gustaría que fuera la atención en el hospital para que tú te dé gusto volver o te gustara volver, qué es lo que crees que tú le agregarías a eso) yo si no sé si fue si es personal pero los patios yo pienso no solo a mí sino que los demás personas que he visto justamente (a qué te refieres, trata de ser más específico, no te entendí ésta última parte) por ejemplo las personas que tienen. . . . Que la ayudan. . . la salud sea intercultural o como natural (ya) siempre a las personas de la salud debieran haber espacio más. . . naturales. . . (ah te entiendo) como un entorno natural (sí sí sí sí) porque súper buena, excelente la atención, las comidas ricas, las personas súper humildes, buenas, pero los espacios por ejemplo de hospitalización, como se dice, de hospital de día, no en el hospital (corta estadía) corta estadía, es bueno pero los patios son buenos pero muy . . . no me gustan los patios son como muy . . . como muy dejados, como muy dejados por las personas . . . si eso (como que hay poca preocupación, a eso te refieres tú, como que son muy fríos), si muy fríos. Si buen tienen pastito, tienen unos juegos, son para hacer cardio y juego físico, piernas y brazos, que hay en el hospital, pero están como medio ahí no más, pero eso es como salud, pero lo demás es mejorar, podría mejorar eso (ya Perfecto).

Pregunta: Oye, y cuéntame una cosa y en el caso de la de la atención por Machi, que es lo que mejoraría del ese tipo de atención, pensando en que tu elegirías ambas medicinas. Qué le agregarías a la atención por Machi, qué es lo que te agradó más de eso y qué es lo que tú potenciarías ahí.

Respuesta: Lo que nunca había visto, porque siempre la había escuchado, un montón de veces y ver como el trabajo, como trabajan, porque están con el entorno siendo que era un lugar como árido, seco, porque no había ni agua, llegaban camiones aljibes con agua, y le daban a la Machi unos tambores, y así y todo trabajaba con plantas. . . trabajaba con plantas (y de donde sacaba las plantas si estaba árido ese lugar). No, pero había Eran cerros, otros cerros. (Ya), pero mucho más seco. Y ahí en ese tiempo llegaban camiones con agua, y había un río parece. . . no recuerdo bien, por qué las plantas, porque había humedales parece, que tenían plantas.

Pregunta: Oye, y esto de que el hospital funcione por un lado y la Machi funcione por el otro lado, qué te parece a ti eso. Cuando tu contabas al psicólogo, a la asistente social o al médico que te atendías con Machi que te decían.

Respuesta: la verdad, es que yo nunca conversé esto. (Y por qué no lo conversaste) porque es una cuestión netamente de creer, más que todo y de sentir, los Mapuche contra la salud como un todo, esa cosa que hacían los Machi, ellos tenían esa visión pu, de verlo.

Pregunta: y que imaginabas con el hecho de contarlo, que imaginabas que iba a pasar si tú lo contabas a los profesionales.

Respuesta: si pu le van a tratar de que. . . que no me podían creer. . .(perfecto, y de donde surgía eso que no te iban a creer) nada, a lo desconocido más que todo, yo no sé si todos, pero la gran mayoría, (osea ésta percepción no es por alguna experiencia tuya que te sucediera), si . . . de hecho lo converse la última vez que fui, que estuve internado . . . que habían cosas que . . . ¿me las creerán?, estando en el hospital Kallvu Llanka, ¿me creerán? ¿Qué pensarán ellos?. . . de estas cosas. . . (Dudabas en el fondo) claro y me hacía sentir incomodo, porque hace años que escucho esto. . . (Oye pero si en el Hospital existe esta unidad de salud intercultural, ¿por qué no te tendrían que creer los profesionales? ¿Cómo surgía esa duda? Si había una unidad ahí, de hecho una de las profesionales, una facilitadora te acompañó) no pero es cuando estuve hospitalizado. . .(Ya) las personas que están como a diario viéndonos (ya) y por ejemplo las tens o enfermeras. (Ah, perfecto). De repente yo les conversaba cosas que le cuento a usted sobre los espíritus. (sobre los Ngen) ¿en caso realmente creían, creerán? Se sentirán comodas (y cuál es la actitud que tomaban ellas) si pu igual saben, igual saben pu . . . nada lo cuentan como algo más . . . Como que hay ciertas personas parece que tienen la capacidad de sentir eso o ver pu cierto (ya) (si si si, te entiendo)

(O sea, en el fondo no habías tenido una experiencia como de rechazo de la situación pero sí a ti te generaban dudas si es que te iban a creer o no). Si por lo mismo el intento de suicidio.

Pregunta: cómo te recuperaste de eso del intento suicida al final.

Respuesta: Si, fue lo más loco del mundo. . . esto tiene que ver con lo que contaba de Machi. Yo no sé realmente porque a través del tiempo las personas creamos un espíritu, o nos nace, yo no sé cómo se nos incorpora cuando somos niños, lo creamos a través del tiempo. Esa es la duda todavía, que no sé. Por ejemplo, en la cultura Mapuche te dicen que uno cuando es niño un espíritu de la Mapu se te incorpora, por decirlo como un guardián, ya, y al mismo tiempo lo cultiva, y se lo transforma, con todas las cosas que hace va y viene, y ahí yo

estaba mal en Santiago, yo quería estudiar cosas por ejemplo esto de los autos no es casualidad, yo estudié mecánica, ya de automotriz ya. Pero igual yo decía oye, estudié hice la práctica, con amigos vecinos, que eran súper buena onda, súper buenas personas, y me llevaron por lo mismo, porque eran cabros que jugábamos a la pelota, allá en Santiago, (genera un ruido gutural fuerte tratando de liberar la obstrucción al hablar, producto de su dificultad en el habla por la lesión derivada del intento de suicidio por ahorcamiento, lo que generó una lesión en la tráquea), ni un problema con mi amigo, pero los otros, ahí yo sentí cosas incómodas, entonces yo dije, entonces no voy a querer seguir estudiando, ésta cuestión de mecánica, por cosas por varias cosas, entonces me desenamore, por decirlo así de la cuestión de los autos, los fierros porque me gustaba.

Pregunta: La pregunta que te quiero hacer ahí, que piensas tú o que imaginas tú, que le puede haber pasado a este espíritu.

Respuesta: si pu se, se, se, . . . como se dice se, se, se que pude haberlo hecho mejor yo se, que pude haberlo hecho mejor, que mi espíritu no estaba al cien y podía haberlo mejorado pero no pu, seguí haciendo otras cosas, (¿Y cuál es la tensión que generaba eso? Saber que pudiste haberlo hecho mejor con tu espíritu, pero que eso no tuvo frutos, no creció. ¿Eso cuál es la tensión que generó eso?), si pu la depresión, por ejemplo este tipo el materialista, él quería ser así yo nunca, dije es mi vida, voy a comprarme, voy a estudiar a trabajar o comprarme un auto, nunca, nunca hasta el día de hoy. Siempre trabajar, tener cosas (¿Pero cómo habías definido hacer tu vida en ese minuto?) si porque me defraudé de las cosas. . . (porque cual es la forma como te hubiera gustado que fueran las cosas). Claro, mejor pu, (como mejor), como más humanas (A qué te refieres con eso) con las mismas personas que me enseñan, por ejemplo el día que hice la práctica, habían varios tipos de maestros, habían pesados, tenía un amigo que era buena onda pero no trabajaba con él, me pasaban otras personas. Pero en general, nada pu las cosas comunes que a mí de repente a mí no me gustan, y me defraudé así (pero te defraudaste de ti mismo, eso es lo que me estás diciendo). . . no de todos, (de todas las personas) de todos, (por que como te hicieron sentir el resto de las personas) nada. . . . Me hacían sentir bien pero. . . . Como. . . . no sé cómo decirlo que No sé cómo decirlo explicarlo. . . . (ya) pero decían bien, pero al mismo tiempo te hacían sentir como incomodo, (en relación a ellos como te sentías como persona) bien pero tenía que seguir como esforzándome, por decirlo así . . . (como que te sentías en una posición inferior a ellos) de cierta forma, si , pero yo no podía . . . yo por ejemplo, ellos mismos me decían . . . E4 hacete un técnico, un curso de electricidad justamente, (ya) estudié electromecánica, ya yo les decía voy a estudiar, voy a ponerme a estudiar partime, pero sabiendo que como que estaba medio desencantado (como que faltaba una motivación) claro, claro, una desmotivación (Y esa desmotivación a que estaba conectada, a que estaba asociada). a eso no sé. (Ya. Mira), pero al mismo tiempo bien por que aprendí hartas cosas.

Pregunta: Oye, ¿y cómo te has sentido? A propósito de todos estos tratamientos que me has contado, porque has estado en varios lugares. Estuviste en Santiago, en el Hospital Kallvu Llanka, estuviste en el hospital de día, estuviste en el Corta Estadía, incluso acá en Contulmo, o sea, ha paseado por toda la red de salud, incluso en Concepción, cuéntame, cómo te sientes a la fecha, a propósito de tu

recuperación, qué es lo que has aprendido, cuál ha sido el aporte que ha generado en ti mediante estos tratamientos, te sientes recuperado, sientes que volvería a atenderte nuevamente.

Respuesta: si volvería, dan buenas comidas (risas), lo malo que muchas comidas con azúcar, (pero respecto al tratamiento más que de la comida, cuéntame, cuéntame, cómo te sientes a la fecha). Bien pu, súper bien, porque me enseñaron las cosa como esenciales, que eran la salud como emocional, por ejemplo de ser cualquier cosita o trabajar para comer pa ayudar, (ya), a aprender, de tener disciplina, hábitos, levantarse a cierta hora, nueve cachai . . . de ayudar, eso y de seguir adelante (Oye y cuéntame una cosa, te adaptaste a este lugar, te gusta vivir acá, te gusta este entorno, tú me dijiste que claro que tú venían siempre para acá, volverías a Santiago te cambiarías de ciudad o te gusta acá?) no me cambiaría de ciudad, Santiago es muy . . . no yo estaba estresado en Santiago (¿Te gusta vivir acá?), si me gusta. Si bien en Santiago lo pasé súper bien, los momentos más bonitos de mi infancia fueron en Santiago en el colegio. . . la infancia. . . súper bien, pero acá igual la tranquilidad también me gusta, si bien pasa hartito esto del helicóptero, el avión. . . (Pero es algo que te gusta vivir acá porque qué es lo que te entrega acá) la naturaleza misma, yo puedo sentir espíritus a veces, sentir la misma naturaleza. (Y pensando en que tu familia es Mapuche, tú eres Mapuche hay alguna conexión ser Mapuche y vivir acá). Siii pu, por ejemplo aquí yo antes qué o después, yo veía espíritus, a ver (tratando de recordar). . . o soñaba imágenes, en la cultura común los sueños son muy como muy importantes, que los Mapuches se ven siempre que en las mañanas se juntaban por los sueños, las pewmas (sueños), entonces se juntaban. . . oye soñé esto . . . Y tenían que tener como ojo o cuidado en el intermedio del día porque con el tiempo porque podían pasar cosas, con el sueño que uno tenía. . . (o sea los sueños representan realidades en el fondo, situaciones que pueden ocurrir y en la actualidad acá cuando sueñan se cuentan los sueños) muy poco (no pasa eso) muy poco porque se pierden ciertos espíritus o se ganan ciertos espíritus, o se incorporan o no sé qué, eso es lo que yo aprendí (Oye yo creo que estamos perfecto con la entrevista me has dicho muchas cosas ¿Hay algo más que me quisiera decir?)

(Como para cerrar, algo que se haya quedado en el tintero, algo que hable un poco de la experiencia, las cosas que te han ayudado, o algo muy general en el fondo) no nada. . . si bien salir de esta, nada quizás mis problemas quizás son emocionales (crees que en algún minuto pueda volver a pasar esto, que en algún minuto quisiste hacerte daño y eso). Porque yo empecé de a poco, yo me fui en cosas antinaturales, que son las cosas que hice en Santiago (tú dices que éste estilo de vida determinó este tipo de actitudes) si si, no cuidarse bien. . . No cuidarse la salud, de una edad temprana, de no saber ciertas cosas en la adolescencia y después haberlas aprendido a través del tiempo. . . . (Súper oye nada E4 quiero agradecerte una hora, una hora de entrevista más o menos hartito. Súper, muchas gracias. Vamos a pagar esto).

Datos de identificación Entrevista en profundidad	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	29 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Ciudad de Cañete
Código persona entrevistada	E5
<p>(Y eso fue en el minuto que estuvo con su accidente vascular ya) muy mal. Me enviaron para Arauco ese día, pero yo pensaba cuando me di cuenta ese día le dije: Yo ayer me traería el de aquí y no si aquí hace un mes que está. (Este accidente fue hace como tres años usted me dice no cierto) el veinte veinte (ya perfecto).</p> <p>Pregunta: Y cuénteme una cosa y estaba haciendo sus cosas, estaba en su casa. Respuesta: mire de primera yo sentí mucho miedo (ya), empecé a sentir miedo, ya después me volví loca, yo me acuerdo cuando me volví loca, yo salí a andar, me puse unos calcetines y tomé colectivo a juera. (Claro) pero menos mal que no hice otras cosas, tomé colectivo me pasé en una panadería dije yo aquí me deja y de ahí no me di más cuenta. (Entonces no fue solamente un accidente vascular a nivel como pulmonar, sino que de haber sido cerebro vascular) si porque después me dicen que estaba más mal y me llenan a los médicos, yo me acuerdo que fui caminando de aquí porque el hospital queda ahí no más (ya perfecto) y después ya me hospitalizaron y de ahí ya me entregaron con paños y con todo y en los puros huesos (¿Cuántos tiempo hospitalizada estuvo?) Yo creo que estuvo dos meses. (dos meses hospitalizada, harto tiempo). Pero un mes tuve que yo no me di cuenta de nada, yo no existía si había mundo, o no había (estaba como desconectada). Claro, yo creo que estaba más muerta que viva, (y esto acá fue estuvo hospitalizado en el Hospital Kallvu Llanka) si pue, ahí estuve aquí (ya bueno en Arauco, estuve un mes allá.</p> <p>(hoy es día veintinueve de septiembre vamos a entrevistar a la señora E5 (de aquí de Cañete sobre su proceso de tratamiento en el Hospital Kallvu Llanka, específicamente en el programa de salud mental).</p> <p>Pregunta: Cuéntenme señora E5 después de este accidente que usted me dice, cuales son las atenciones que recibió y en qué minutos entra al programa de salud mental al PROSAM. Usted tiene varias atenciones ahí. Respuesta: Que ahí me empezaron cuando salí del hospital de Arauco (ya empezaron a tratarme allá mismo en el hospital acá (perfecto) ya lo iban los psicólogos iban a verme como seis al tiro rodeando (refiriendo que un grupo de profesionales la rodeaban observándola en específico el grupo de neuro rehabilitación del hospital). (Ahí cuando está hospitalizada). Cuando estaba hospitalizada. (Ya, perfecto).</p> <p>Pregunta: Y en ese minuto usted era consciente de esta atención, usted se daba cuenta. Respuesta: yo era consciente yo no sé por qué volvía así, al tiro. Me di cuenta de todo al tiro. Como me trataban, todo eso me di cuenta al tiro yo. (Perfecto).</p> <p>Pregunta: Y cuéntame, y ese primer momento cuando la atendían en medicina, los psicólogos, los médicos, cuénteme cómo fue la atención, cuénteme cómo se sintió, qué es lo que fue pasado. Respuesta: No, en esos momentos que me trataron bien. (Ya). Me trataron muy</p>	

bien. (Ya).

Pregunta: ¿Qué imaginaba usted que le había pasado en ese minuto.

Respuesta: Mire, yo me imaginaba, no lo tomaba en cuenta sabe. (¿A qué se refiere con eso?) Yo no lo tomaba en cuenta lo que a mí me había ocurrido, yo pensaba que no estoy enferma pero yo voy a salir de esto (ya) Pensaba así yo, pero después cuando vi una silla de rueda, yo le dije al doctor, ese mismo ruciesito, le digo yo no le dije yo, esto esto no, yo no lo quiero. (Al tiro usted se negó) al tiro me negué, me vino así como dije yo no puedo ser. . . (Perfecto, perfecto).

Pregunta: Y ahí qué es lo que le decía el médico, qué le decían los psicólogos frente a esto de la negativa, usted estaba negada a usar silla de ruedas.

Respuesta: No si, aquí cuando llegue con la silla de ruedas y le dije yo a ellos, no estas cuestiones de la silla de ruedas, no lo quiero, no lo quiero ni ver (con actitud enfática y enojada). (¿Y qué le decía a su marido ahí?). No él no me decía nada. Me escondían la silla, porque yo no quería verla. (O sea usted no quería aceptar esa situación) no no no no . . (ya perfecto, porque qué le generaba la silla de ruedas que le provocaba la silla de ruedas), ya de aquí en la silla de ruedas ya no voy a poder caminar (ya) (y usted quería salir adelante) yo quería salir adelante.

Pregunta: ¿En qué periodo fue eso cuando usted sale, cuánto años atrás?

Respuesta: Después ya cuando quise tomar la silla de ruedas me llevaron ahí. A hacer física. (A rehabilitación física). Si ahí, Yo ahí iba con la silla de ruedas. (Perfecto).

Pregunta: y cuénteme en ese proceso de rehabilitación kinesiológico además de atenderla el kinesiólogo, ¿quién más lo atendía en ese tiempo?.

Respuesta: con el doctor Vergara de los huesitos. (Ya, como el traumatólogo) eeeese . . .Sí. (¿Y qué le decía en la rehabilitación?) No me decía no . . . porque él como ellos saben me tocaban con un martillito chiquitito y me tocaron aquí abajo y me hacían rehabilitación en las manos, rodillas y así,(ya). Ellos saben cómo uno. (Esto le atendían fuera del hospital, usted me decía que era ahí cerca de la plaza). Si don Víctor me hacía eso (en Cañete) la rehabilitación Física. (Ya, perfecto).

Pregunta: ¿Y en qué minuto empieza a volver a atenderse en Cañete?

Respuesta: Después cuando don Víctor me dio de alta ya empecé a ir ahí. .. Es que la física se lo hacía allá (refiriéndose el marido al centro de Cañete), pero los controles la tenía en el hospital (ya)

Pregunta: y cuénteme y en qué minuto la derivan con psicólogo donde usted me dice que la atendía primero en medicina y después en qué minuto empiezan a atenderla con psicólogo, asistente social . . .

Respuesta: ahí me comienzan a tratar con psicólogo. (Y cuénteme cómo fue esa atención a propósito de lo que le pasaba) no todo bien. . . bueno el psicólogo que me vio me hizo unas preguntas y supe responder y él me dio de alta al tiro (por que usted tiene varias atenciones de salud mental, se atendió con psicólogo, ¿con quién más atendió?) Yo creo que hasta con eso, ¿cómo le dice?. . . No sé cómo es que atienden los locos y algo así. (Con el psiquiatra también lo vendió. Ah o el neurólogo sería). . . Parece que eso fue (Ya).

Pregunta: cuénteme un poco de esa experiencia, de cómo se sintió, qué es lo que

pensó, usted, cómo se tomó ese tipo de atención, cuénteme un poquito de eso.

Respuesta: nooo si lo tomé bien, igual me hicieron una junta de médicos o sea no claro el psicólogo, el doctor Vergara (ya) él es que me llevo ahí me llevo dentista me llevo de todo tipo de salud. (Ya, perfecto). Ya me hicieron una ronda así. (Ah). (Estaba usted presente y le empezaron a preguntar) claro. Me preguntaba uno, otro, así como usted me está preguntando, después le tocaba al otro y así, le toca el otro (ya) (y donde la atendieron ahí se acuerda) donde me hacían físicas. (Ah, perfecto, perfecto). Ahí ya me atendieron harto. Ya claro, (debe haberle atendido al equipo de neuro rehabilitación, a propósito de su lesión) (y había psicólogos también), si había uno pero a mí no me atendió psicólogos eso es lo raro porque lo llevó a él a otro lugar (a otro lugar) lo entrevistó a él (refiriéndose al marido) a él le preguntaba (a usted) yo no sé qué conversaría. (y no le contó ustedes lo que hablaron nunca a su señora) si, si le conté.

Pregunta: cuénteme y por qué la atendía el programa de salud mental, que es lo que pasaba con usted, cómo se sentía en esta situación.

Respuesta: No es que ellos vieron cómo yo estaba en el hospital. Hablaba cosas que no tenía que hablar y eso quería saber que si casi yo seguía escuchando cosas.(Ah).

Pregunta: cuénteme un poco más, ¿qué es lo que le pasaba en ese minuto?

Respuesta: No, cuando yo estuve muy mal. (¿Ya?) Me quise quitar la vida. (Ah), y alguien me decía quítate la vida. (Alguien le decía quítate la vida. Ya). Pero igual intenté quitarme la vida, según dicen pero yo no me di cuenta en ese momento, (no se dio cuenta, quien le contaban de esa situación y que le contaba) No pu, ahí me decían que me quería quitar la vida. (¿Y de qué forma se había querido quitar la vida en ese tiempo?) No que mi mamá, me vio, mi mamá me gritó, le contó a mi esposo que yo me estaba apretando con una media, ahí con eso (indicando el lugar en su casa) pero yo no me daba ni cuenta de eso. (no se daba cuenta de eso), no.

Pregunta: Y qué es lo que le decían ahí en el hospital de esa situación?

Respuesta: No, pues ellos querían saber de eso, casi yo seguía escuchando esas voces. No, después se me quitó. (Ya),(le dieron algún medicamento). Varios medicamentos. (¿Cuánto tiempo estuvo en tratamiento para este tema más mental?) como un año (ya). Pero me dan hartos remedios para la mente. (Ya, perfecto). (Y usted después se sintió mejor, se sintió qué. . .)no, después me quitaron todos los remedios, porque yo me sentí mejor.(Ya). Me quitaron todos los remedios. (Ya). Hay uno que estoy tomando el Politaco. (Ya).(Perfecto). El anticoagulante. (Eso se lo dejaron permanente) Sí, para toda la vida, me dijeron. Y eso me dijeron.

Pregunta: Y cuénteme una cosa y usted en el tratamiento logró ver avances, habían cosas positivas que pasaron, que usted se fue rehabilitando. La atendían en el aspecto físico y el aspecto mental también. (Las dos cosas). Sí, y usted empezó a ver buenos resultados.

Respuesta: Lo que pasa es lo que me pasó a mí como que se me aclaró la mente, como que ya lo que yo estaba pensando ya no era así cómo lo pensaba (como lo pensaba antes y cómo lo pensaba después para poder entender) después yo lo pensé bien, y antes lo pensaba mal.

Pregunta: Y a propósito de eso, usted buscó otro tipo de medicina, por ejemplo, a propósito de que usted es Mapuche también, porque yo sé que está la medicina Mapuche también.

Respuesta: No quise eso. (Ya, alguien se la ofreció, alguien le dijo). Si en el hospital me lo ofrecieron. (Cuénteme un poquito de eso) no que iban una bueno y no sé si sería señorita pero iba a una joven, que casi yo me tomaba la orina para que una Machi, lo viera, o una médica no sé (ya) pero yo dije que no. (Y en ese tiempo, porque le dijo que no) Porque yo no creo en eso. (Ah, pero usted es mapuche). Sí, pero yo lo creo. (No cree en eso). En eso yo no creo. (Y en su familia alguien había acudido a Machi anteriormente) Mi mamá vive en Machi, ella cree mucho en esas cosas, (su mamá ya perfecto), pro yo no. (Está viva) está viva la viejita, yo le digo pa' qué confía en eso. Porque yo soy evangélica. (Ah, por eso) por eso yo no creo en Machi. (Perfecto, perfecto). Pero en dios sí que creo. (Ya).

Pregunta: Y cuénteme una cosa y su mamá le recomendaba así, "oiga, tiene que ir a la Machi" o le decía

Respuesta: No, porque mi mamá me retaba, porque no confiaba en eso, si Dios dijo todas esas cosas, dejó todas esas cosas de medicina, no decía yo. Mi dios un día me sanó cuando yo tenía diecisiete años, yo estaba pior. (¿Qué le pasaba a los diecisiete años?) A los diecisiete años también vería un miedo. (¿le dio un miedo ya?) Un miedo así. (Un miedo . . . a qué le dio miedo?) que yo vi a gente, gente cosa así, rara. (Ah, perfecto). Y después a mí yo no conocía si existía un dios (Ya) Pero después me hablaron del evangelio que había un dios que el único que me podía sanar él (Oiga y su mamá qué le decía respecto a estas visiones que tenía) Nada, porque ella no comprendía lo único que corría a donde una Machi que, una Machi, una Machi por eso no creo (refiriéndose tal vez que la Machi no logro influir positivamente en su enfermedad o curarla). Porque la Machi nunca a mí me sanó. (¿De dónde es su mamá? De huentelolen) (ustedes Vivian en huentelolen, Ya, perfecto). Entonces no creo en nada yo, solamente en dios. (Y entonces usted accedió en ese contexto, en el hospital a seguirte atendiendo con psicólogo, asistente social) yo creo que también me dieron por eso mismo de alta, porque mucho psicólogo me decían, que lo que tenía, te sacó tan rápido de eso porque algunos no sale. (Ya). Porque yo confío en dios. El único dios que me salvó de la vida, me dio vida, me dio todo.

Pregunta: y la asistente social la atendió también en ese minuto ¿Cómo le fue con ella?

Respuesta: Bien, también. (Ya). Porque yo a ella me decía, ¿Por qué? Como ella me decía: que por qué yo salía tan rápido de las cosas que ella me pregunta, Yo decía que yo tenía un dios que es el único que le podía ayudar (o sea la fe se sintió que le ayudo perfecto). Claro la fe. No, yo fui de muy digamos de los diecisiete años sirviéndole a Dios, pidiéndole a dios hasta esta altura, todavía.

Pregunta: Y cuénteme una cosa y cuando pasó esta situación, en algún minuto el equipo, la vino a visitar a su casa. ¿Y qué pasó ahí?

Respuesta: Sí, si vino (y que pasó ahí) si me encontraron bien, si vino el equipo (ya perfecto conversaron algunas cosas de su infancia) con la psicóloga bien jovencita, pero bien jovencita, no vino acá ella sino que me atendió allá, en el hospital, una bien jovencita, me hablo de la infancia como pude llegar y le dijo

cómo se sentía cuando estaba enferma, yo le dije mal, y por qué confió en dios, yo le comenté que Dios me había sanado. Y me dijo que se sintió ahí. Me hizo hartas preguntas las cosas de Dios también. Y le dijo yo bien. Me hizo muchas cosas te dios como yo lo sentía y me dijo que en cualquier momento si dios no está a su lado que se sentiría usted, bien le dije yo, (perfecto perfecto) si pu . . . (y esa psicóloga ustedes se atendió varias veces). No, una sola vez, (una sola vez). Una sola vez medio de altas tiros. (Porque los otros psicólogos que la vendieron le hacían preguntas distintas por ejemplo) si pu cosas distintas (y conversó por ejemplo de su relación con la familia, con su marido, cómo se llevaba, de los miedos), No. Eso no ha conversamos. (Ah, ya, perfecto. Perfecto).

Pregunta: su comunidad evangélica, la apoyó, la vino a visitar, la acompañaban al hospital, en lo que me venía a visitarles.

Respuesta: lo que me venía a visitar fue el pastor, el único. (Qué le decía el pastor) no el pastor me hablaba que tenía que tener confianza en dios, que tena que tener fe en dios, y seguir confiando en dios. Eso fue lo que me dijo el pastor. (le gustaba que el pastor la visitara, que la comunidad viniera) siii, si eso es lo más importante (Usted siguió yendo a su iglesia cuando estaba acá). Todavía, (y cuando no podía caminar) no iba, me venían a visitar, acá. Pero ahora estoy pensando en ir ahora. Así que como puedo caminar, puedo entrar a la casa de oración.

Pregunta: Y cuéntame una cosa y algunas cosas que no le gustaron de esta atención. Algunas cosas que tal vez usted diría que habría que cambiarla en este proceso de atención.

Respuesta: noooo, lo malo que hay ahora que no quieren dar ficha (se refiere a que no hay horas para el médico) lo único malo que hay (y hace cuánto que le pasa esto que no le quieren dar ficha) no hace más de un año ya, (pero yo revisé su cartola y tiene horas de atención con los psicólogos en el programa salud mental tiene varias horas como desde mayo, hasta mayo tiene) si, yo me atendí hasta mayo parece, de ahí ya me dejaron de lado (tanto en rehabilitación como en el tema de del programa salud mental del PROSAM).

Pregunta: ¿Y qué cosa bueno encontró esto?

Respuesta: Yo bueno encontré todas esas cosas buenas. (O sea, esto de que se empezó a mejorar). Si todo eso encontré bien. (Ya, qué bueno, qué bueno).

Pregunta: y cuál era la relación que ellos tenían con usted, por el hecho de ser una mujer Mapuche. Cómo la trataba el médico, los profesionales, le preguntaban de eso.

Respuesta: No, no me trataban bien (refiriéndose a que si la trataban bien), lo único que decía es que era con el alcalde (por el alcalde de Tirúa) lo que era con el alcalde, de todo eso me preguntan me molestaban a veces porque yo me enojaba, no es que yo me enojaba, sino que ellos me trataban bien porque yo decía ya ya ya pasen ya!!!! ¡Ah, se enojó la Millabur es la única que me decía de eso. Ah, ya. (Porque destacaba su personalidad, que era una personalidad más fuerte). Sí, por eso (¿Y qué le pasaba a usted cuando le decían eso?) No, yo los quedaba mirando en más muy bien si ya igual cuando me querían hacer física ahí mismo porque me decía ya a tírate nomás abrázame. . . no no sé cómo, no no decía yo. Lo que pasa es que yo no me podía afirmar y eso me daba mucho miedo. (¿Y cómo fue ganando confianza con los psicólogos?). No porque ellos

me supieron tratar (¿La supieron tratar? O sea, usted se sintió bien atendiendo). Bien atendida, segura, segura. Digamos que ahora nomás estamos medios mal por la ficha no más.

(Solamente es porque no han tenido horas para ya . . .). Para médicos. (Súper, súper).

(Oiga señora E5 hay algo más que me quiera decir porque yo creo que estamos cerrando la entrevista. Me ha dicho bastantes cosas positivas).

Lo único que yo quiero que me atienda el médico, porque yo ahora mismo tengo unos exámenes que me los tomé ahora el catorce, recién éste mes que pasó ya, éste mes de septiembre el catorce me lo tomé y ahora como lo voy a ver. . . claro que ellos me atienden peo no hay ficha claro. . . claro. . . . Quiero agradecerle su tiempo también y bueno y desearle lo mejor porque yo creo que eso está avanzado. . . .

Eso. Oiga señora E5. Muchas gracias.

Datos de identificación Entrevista en profundidad	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	14 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Ciudad de Cañete
Código persona entrevistada	E6

Pregunta: Su señora es de acá.

Respuesta: ella es de éste sector de aquí.

Pregunta: Perfecto mire y su señora también es Mapuche cierto

Respuesta: no, no es Mapuche ella nació en la San Martínez

Pregunta: perfecto y usted llegó acá y de donde originalmente es usted.

Respuesta: no yo soy de Cañete. Nació y criado en Cañete, soy Cañetino hasta los huesos.

Pregunta: Oiga, ¿y tiene hijos acá, tuvo hijo acá?

Respuesta: Sí, he criado todo acá, tengo mi nieta también acá. (Qué bueno, qué bueno).

Pregunta: Y cuéntame, ¿y hace cuánto tiempo se atiende en el hospital?

Respuesta: puta yo me atiendo acá en el hospital (con exclamación refiriéndose que hace mucho tiempo), (Porque antes se atendía en el hospital viejo yo trabajé ahí en el hospital viejo antiguamente).

Respuesta: si yo me atendí ahí pues bueno siempre me fui atendiendo en el hospital viejo ahí y después acá, después me atendí acá (refiriéndose al hospital kallvu Llanka).

Pregunta: y antes del hospital viejo que es lo que había para atenderse porque usted ya lleva harto tiempo acá.

Respuesta: antes del hospital viejo, el hospital viejo no más nada más, siempre. (Cerca del jewers refiriéndose al terminal de buses de una línea de buses). Eso también.

Pregunta: y el jewers, ya no funciona.

Respuesta: ya no hace tiempo, eso desapareció, después de jewers vino turbus, bio bio desaparecieron.

Entrevistador: yo viví arto tiempo acá hace mucho tiempo y por eso que yo me interese por venir a apoyar acá el tema, trabajaba en el hospital de acá y trabajaba en hospital de Contulmo y trabajaba en las postas en ese tiempo así que eso.

Pregunta: Oiga E6, bueno, le quiero pedir lo siguiente, la idea de la entrevista principalmente es ¿conocer cómo ha sido la atención que ha ido recibiendo?, la idea es que me cuente lo más detallado posible, de cómo llegó al programa de salud mental, cómo llegó a que lo atendiera las asistente sociales, el psicólogo, Cómo fue derivado ahí, Qué es lo que le dijeron las personas sobre sus diagnóstico, sobre por qué se atendió y yo le voy preguntando un poco más cosas en la medida que vamos avanzando. Cuéntenme cómo llegó al programa de salud mental.

Respuesta: La primera vez que llegué aquí al Hospital Nuevo fue con un dolor al pecho. (Llegó con un dolor al pecho), de ahí me hicieron un cómo se llama, un electro, de ahí ya me hicieron sacar hora con médico y de ahí el médico empezó a tratar de encontrar la presión alta, yo soy de la presión demasiada alta, ya, soy de la presión alta yo, y de ahí ya me pasaron a, como dijera yo, aaaaa el diagnóstico que me dieron fue de la presión alta y el colesterol y una pastilla que me están dando para votar líquido. (Ya perfecto eso fue hace cuánto tiempo que ingreso por este problema) de palabra que no me acuerdo hace rato ya... (antes de la pandemia) antes antes de la pandemia eso pasó después que falleció mi mamá en el hospital nuevo, el dos mil trece, pongámosle el dos mil catorce o quince por ahí, en esa fechas más o menos, y así que de ahí ya me empezaron a diagnosticar, (y usted me dice que después cuando falleció su mamá cuánto tiempo después empezaron estos problemas) como dos años más menos, como dos años después ya empezaron (perfecto usted quedó muy afectado me imagino con el tema su mamá) lo que pasó que primero bueno yo tengo dos hermanos que fallecieron tres manos cuatro de los menores. Primero falleció un hermano en viña que se mató. Después falleció mi otro hermano, quien le entró cáncer. Un cáncer en una pierna tengo un lunar ya y eso era canceroso (y esto fue antes del fallecimiento de su mamá, mire o sea tu hartó duelo ahí) y después ya el médico allá en el Hospital de Viña, nunca le creyó a mí no, el médico de decía estay leseando ándate para tu casa, no tiene nada, anday alaraqueando (en serio) después el médico allá cuando le detectaron la enfermedad de mi hermano estaba pasando ya no había nada que hacer (Qué etapa del cáncer), etapa tres. El cáncer, el lunar, ese lunar le afectó todo, se ramifico todo, era lunar canceroso (y donde lo tenían) en la pierna y de ahí ya empezó todo. Después ya falleció mi hermano sería como unos tres años sería y otro hermano que falleció, que se mató. Después ya era mi otro hermano, uno de mi otros hermanos menores, en coronel se mató, yo pensé que mi mamita se iba a complicar pero no, yo que tengo mi vida y seguí pero no también ahí ya. Todo fue como todo fue Como continuo (Ya perfecto). (O sea, esto pasó en cuanto en un año, dos años) En cinco años (En cinco años paso todo esto) seis años más o menos. (Perfecto) porque mi hermano falleció el dos mil dos, dos mil tres me parece, el que se mató, después del otro ya fue más más más adelante (perfecto) y después ya fue mi mamá, mi otro hermano primero, que fue el último después, mi mami tenía diabetes pero no era una diabetes avanzada entonces que pasó que mi mamá se

hizo vez por una médica por una machi. Entonces la Machi le dijo que no tomaras esos remedios que le está dando en el hospital y mi mamá después colapso.

Pregunta: Y cuénteme una cosa y ustedes eran de Machi eran personas que se atendían con machi, nooo mi mamá siempre veía a la machi, mi mamá veía siempre (su mamá es mapuche) (¿Y de dónde originalmente es su mamá?) si pu Cayupe, De Quidico (de Quidico) está toda la familia de mi mamá en esos lados (Ya perfecto) y otros que están acá en Cañete si, y ya mi mamá dejó de tomarse los remedios que le da el hospital y ahí los remedios de la machi nunca le hicieron nada (y a cual machi fue) a una que está ahí en la entrada de Cañeta, una machi que hay ahí, mi mamá tenía la diabetes diabética pero no era una diabetes como le dijera totalmente avanzada, tenía una diabetes y hace un grado dos, no yo creo que estaba tomando pastillas, no se inyectaban no nada y ya eso fue lo que pasó ya después ya con mi señora fuimos a ver a mi mamá la trajimos en la tarde en el hospital de Cañete, estaba en el hospital de Cañete todavía y de ahí de ese hospital en primer auxilio la tuvieron con medicamento y de ahí dijimos que le sacaran ficha en el hospital nuevo acá, (En ese tiempo ya estaba, ya, porque cuando le inaugurara ahí como el dos mil catorce, doscientos dos mil trece), trece por ahí, ya, que inauguraron ese hospital.

Y mi mamá fallece el dos mil trece. Y ya por ser la llevamos en la tarde al hospital y pues de eso ya mi mamá, al otro día yo me levante temprano como las cinco y media está en el Hospital, porque había que estar tempranito en el hospital, había que tomar horas, en ese tiempo dan como tres o cuatro fichas cinco fichas y así dan poca hora poca hora en ese tiempo ya, y tampoco no había que llamar porque como el hospital estaba recién empezando no había tenido lo básico no estaba un hospital que estaba como que era al cien por ciento. Fue lo puro básico. Eso fue más por la cuestión de la política, no más. Por el alcalde y toda la cuestión, abrieron solo por la cuestión política, por eso abrieron el hospital, todo por política.

A todo esto ya al otro día como mamá, mi viejita como para allá, como a las 10:00 que tenía ahora mi mamá, si no me acuerdo, estoy como a las 10:00 hrs, me dijeron. Los fuimos a buscar en el auto y mi mamá salió de la casa por sus propios meritos. Y al igual de repente, mi mamá dice hijo, me duele este brazo. Sáqueme el pañuelo, la llamaron y empezó la larga quería, la conocería una enfermera señora virginia. Y luego vio como estaba, pase pa adentro, como que vino así, usted ya listo. El error grande que cometieron que mi mamá no lo dejaron al hospitalizada en Cañete mi mamá tampoco quiso que lo dejaron hospitalizada, porque mi señora estaba adentro con ella y el medico debió haberla dejado hospitalizada porque ahí manda el médico no ella (porque usted vio que ahí no identificaron lo que le pasaba a ella por eso que usted pensaba que era algo más grave en el fondo en ese tiempo no dimensionaba) no sospechábamos nada de eso ya y normal mi mamá no es por y después ya en el hospital ahí con esto mi mamá dentro pa adentro y a la media hora ya la tenía adentro de una urna (refiriéndose que había fallecido su madre). Estaba la ambulancia, el Hospital Nuevo, del Hospital Viejo, está la ambulancia que era para el Hospital Nuevo una que está completa con todo el equipamiento. Con más de media hora llamando a la ambulancia para que llegara, nunca llegó la ambulancia, después desde la media hora mi mamá ya había fallecido, ya

llegaron haciendo atado y echándola por todos lados para poder hacer pantalla nada más, ya había fallecido hace rato (usted siente que era una pantalla) fue pantalla lo que hizo el hospital (y veo que está afectado todavía esa situación- la persona se muestra con ojos llorosos y afectado por la situación, expresa rabia e impotencia sentir, se le pregunta si es que está enojado con el hospital) si esa cuestión no se quita. Entonces, qué es lo que pasó, Que nosotros mandamos una carta y hicimos un reclamo con su hospital fui al del alcalde. El alcalde me cerró la puerta de las narices y que no podía hacer nada porque el hospital está recién. (¿Qué alcalde era en ese tiempo?) XXXXXXXX.

Pregunta: Y cuénteme una cosa, bueno y ahí su mamá falleció, que le dijeron que diagnóstico le dieron.

Respuesta: que mi mamá había fallecido de una inflamación.....tenía otra enfermedad pero no fue de eso (habrá sido un paro cardiorrespiratorio)mi mamá primero le vino un paro cardiorrespiratorio, primero se descompensó mi mamá y como los cinco minutos le vino el paro cardiorrespiratorio y eso son como ocho minutos y chao, no duró más que eso mi mamá y ya pu de ahí la doctora me acuerdo de la doctora concha hizo humanamente lo posible para poder reanimar a mi mamá no pudo, estaba sola ella, no tenían ni algodón si quiera y una pieza que tenían nada, si o tenían nada (o sea está muy en lo básico) ni en lo básico yo creo (y eso el dos mil trece) en ese año ni en lo básico (que pena que pena) así que yo decía la jodí con llevarla a este hospital, yo decía, de repente le digo a mi hermana, como que yo me siento culpable, como que yo maté a mi mamá (se siente responsable)exactamente. Pero no fue así la cosa (cuantos años tenía su mamá) setenta y dos años, igual le queda tiempo, yo creo que todavía estaría viva, era de esas viejitas que no se queda tranquila y anda para allá era activa todo, tenía su huerta en su casa abajo en Cañete vivía, no ella era totalmente activa, totalmente activa, tenía sus pollitos, (vivía solita ella)vivía con mi padrastro, después de eso ya que falleció mi mamá, poco tiempo mi padrastro, mi padrastro cayó enfermo también, le habrá tocado como a las dos semanas, mi padrastro cayó enfermo también,(a mire), al hospital viejo me lo lleve porque en el nuevo no pasaba nada, ni una urgencia nada todavía, ahí tuve una pelea yo estaban los carabineros y estaban con un compadre haciendo la alcoholemia y habían como cuatro carabineros y ahí me agarre con los médicos yo porque mi padrastro lo llevé temprano yo, como las nueve o diez lo llevaría para el hospital y de ahí eran como las dos o tres de la tarde y todavía no lo mandan pa conce, el hombre llegaba a arrollarse de los dolores, y no pu pero como no sé lo llevan a Curanilahue o a alguna parte, como si aquí no hacen nada siempre les dije, no si va pal hospital, llegó a conce al hospital, (lo derivaron para el hospital de Concepción) lo derivar opa conce y de conce lo mandaron de vuelta pero del hospital de conce lo mandó de vuelta con de alta y que me lo llevara para la casa (y le dijeron diagnóstico) no pu, si mi padrastro creo que tenía unos tumores pero algo así como tumores, algo así algo así creo que no me dijeron a mí, no me acuerdo bien, yo de ahí ya no aguante ya y de ahí mi padrastro estaba en el baño pero el hombre se llegaba arrollando de los dolores no aguantaba los dolores le costaba para orinar pasar del cuerpo todo. Ya. Entonces, ¿cómo se le ocurre que me la mandar para la casa? Van a hacer lo mismo que hicieron con mi mamá me la mataron, yo le dije la verdad porque fue cierto que así fue porque ellos me

mataron a mi madre y ahí lo fuimos y quien era su mamá y estaban los carabineros y yo me lo fui y yo ya me los fui, los traté por el suelo. Había como tres doctores, ya había dos doctores y una doctora y lo otro era enfermero. Sí, y de la impotencia, yo los rete, les saqué hasta la madre son palabra que yo me emputeci así porque (y usted habitualmente no es así) no de repente me da la india pero como le digo yo no siempre yo de repente a mí solo me da, pero solo pa mí a veces yo regaño pero solo a mí ya ya venía al tema de su madre y a todo esto ya después pasó todo eso lo dejaron hospitalizados, lo dejaron quince días, salió el hombre pero impecable.

Pregunta: Y que le dijeron que tenía en ese periodo.

Respuesta: tenía tumores al alcohol no sé cómo es la cuestión (ya perfecto) eran tumores pero no eran cáncer, ya que así dije ya pu, lo dieron para la casa lo tuve un tiempo aquí después fue por su casa para Cañete, ya el viejito tomaba alcohol y de ahí me desligue no me hizo caso, un tiempo perdió y ahí lo tomo un hijo, y el hijo se lo y al último se fue a morir, murió en el hospital aquí también (también muere acá) después de que pasó todo eso me fui a trabajar pa conce con mi hermano y en conce mi hermano, mi mamá llevábamos como dos meses, sepulté a mi mamá, como dos meses. Estaba trabajando en un colegio con mi hermano yo allá y mi otro cuñado, cuando falleció mi hermano (y cuánto tiempo después falleció) como dos meses después de mi mamá (poquito tiempo), si pu como dos meses, lo agarro el tren ahí en bichaide. Salió en los diarios la tele todo eso.

Y ahí pasó todo eso y ahí ya yo nunca pensé porque siempre decían que las personas que sufren de cómo se llama esta cuestión deeeee, la depresión yo nunca pensé, yo siempre dije que la depresión son puras leseras, pa mí que eso psicológico, hasta que me dio a mí.

Pregunta: ¿Cuándo le dio depresión?

Respuesta: Después que falleció mi hermano.

Pregunta: ¿Cómo se dio cuenta? ¿Y si usted no creía?

Respuesta: porque heheheh, Mire primero mi hermano falleció ya se me encerraba solo, después que falleció mi hermano como los tres días, cuatro días, a fueras de la casa mi hermano me robaron mi auto, me lo chocaron, me lo chocaron ahí como se llama, en Talcahuano, camino a Talcahuano, en la higuera, ahí me chocaron el auto me lo robaron, me robaron todo lo que tenía adentro, así que ahí ya yo tenía mi hermana me decía, baja comer me arreglaba del segundo piso yo.

Pregunta: ¿Usted qué sentía que le pasaba? ¿Cómo se explicaba esto?

Respuesta: Yo tenía una ansiedad de comer, tenía hambre, hambre, tenía hambre.

Pregunta: ¿Y usted se daba cuenta que estaba en situación o la gente le decía?

Respuesta: No, nadie me dijo nada.

Y yo cuando me di cuenta, porque yo cuando iba a comer, miraba la comida y se me quitaba el hambre. Yo me enflaquecí total, no comía nada no comía no comía me tomaba un yogur un vaso de agua tomada pero a veces comía pero así con recelo, no no comía.

Pregunta: ¿cuánto tiempo estuve así?

Respuesta: yo estuve como quince días y quince días así, más de quince días que estoy así yo.

Pregunta: ¿Y cómo llega a consultar por esto?

Pregunta: no pu, yo me encontré en Boca Sur.

Pregunta: ¿Qué es Boca Sur?

Respuesta: Salió a caminar en Michaihue, pa dentro ahí no sé si usted ubica, antes de llegar a San Pedro de la Paz (a si conozco). Si ya si por la orilla, me caminé por la orilla del mar pa dentro y ahí llegue a boca sur (se fue por el por lo orilla del mar, se fue caminando por la orilla del mar), me fui caminando y me encontré con unos requeríos, (y por qué se fue por ahí) por que no sé qué me pasó.

Pregunta: y que iba pensando.

Respuesta: yo me quería matar (tenía la idea fija que quería matarse)

Pregunta: y en ese tiempo cuando le pasó eso ¿Qué lo detuvo en el fondo? ¿O qué pasó ahí?.

Respuesta: No, yo lo único que quería era desaparecer teníamos ya problemas yo, y lo otro que pasó que después ya terminé un trabajo que seguí trabajando en lo que estábamos con mi hermano, termine la pega, todos los trabajos terminamos y me vine, después de esta situación reaccioné.

Pregunta: y cómo reaccionó que es lo que pensó en ese minuto.

Respuesta: reaccione, que yo porque estoy haciendo esto, si yaaaa no sé que me pasó , reaccioné solo no más y esto no es pa mí y no es pa mí pu.

Y así problemas que he tenido, igual de repente heee.

Pregunta: ¿y cómo llega al hospital cómo pidió ayuda?

Respuesta: no yo llegué por la cuestión que le digo yo ya ahí no pero nunca yo.

Pregunta: Usted nos pidió ayuda en este primer momento. Le contó a alguien.

Respuesta: yo le converse ahora último, a la asistente social. Y Ella me derivó a esto (refiriéndose al PROSAM) al programa.

Pregunta: y cuénteme como ocurrió esto.

Respuesta: Si Porque a mí me vino ese problema, porque yo era hipertenso. Yo trabajaba en los buses, de Santiago a Cañete, Puerto Montt, conozco casi todo Chile gracias a dios y siempre me da ese dolor que yo era bueno para fumar esos años cuando era cabro joven, era bueno pa fumar, y fumaba y de repente me venían dolores y no podía respirar y me quedaba tranquilo, y empezaba a respirar solito y ahí me recuperaba, después se me pasó eso. Después me vino esta cuestión acá (refiriéndose a la depresión e ideas suicidas).

Pregunta: y en qué minuto lo derivan al programa.

Respuesta: ahora último como el médico me dijo a mí, usted me dijo tiene el azúcar, la tiene desregula, me dijo, usted no es diabético, me lo dijo el doctor, ya, usted no es diabético pero la azúcar tiene desregula, pero yo para darle los remedios que tengo que darle tengo que pasarlo como diabético. Estoy en grado dos, por lo que sale en el informe, en grado dos, para poderme dar los remedios, porque estoy tomando metformina, y de ahí ya me agarraron firme.

Pregunta: Cuénteme un poco más.

Respuesta: Me agarraron firme, me llamó la asistente social, el programa de los diabéticos, las personas que tienen que pasar primero por la asistente social ya que fue la que me llamó y ella me pasó a psicólogo. (Perfecto, ¿Qué le dijo ahí? ¿Cómo lo orientó? ¿En Qué lo orientó?)

Respuesta: Me dijo que uno podía vivir con esto. Mi dijo que había que cuidarse.

Tomando sus remedios y salir que le va a pasar esto, esto otro.

Pregunta: y cuando la asistente social lo deriva, lo orienta. ¿Usted le cuenta esto que le había pasado? (refiriéndose a su trastorno del ánimo e ideación suicida).

Respuesta: Sí, pero no todo. (Qué parte le cuenta y qué parte no le cuenta). Lo más suave no más.

Pregunta: ¿Y por qué no le cuenta en ese minuto?

Respuesta: Es que la confianza. Ya no es igual como entre hombre conversando, me entiende. No es yo sea machista. Con sus cosas uno también tiene que aprender a medir sus palabras. No, tampoco no puede llegar a contarle toda su vida a cualquier persona, se entiende. Si uno también tiene que tener su privacidad, uno muere con eso, (le entiendo, le entiendo) también uno tiene que ser precavido.

Pregunta: y en ese minuto tendiendo esta forma de ver la vida, porque es como una forma de ver la vida, claro.

Respuesta: Esa es mi manera de ver la vida mía, porque lo que me pasó, me pasó a mí, a nadie más que a mí. (Pero usted siente que la trabajadora social sospechó que algo le pasó a usted) yo creo que sí (que es lo que piensa que pensó ella) pensé en la manera que yo me conversen las cosas, entiende. Porque uno sigue afectado, aunque uno no lo crea, porque eso queda.

Pregunta: Y cuénteme una cosa y cuando ella la ofrece este programa, cuénteme usted cómo se lo tomó que le dijo.

Respuesta: noooo, yo me lo tomé bien. Yo le dije yo, yo le dije yo, ojalá no me mande al psiquiatra ahora, se largó a reír y dijo no es pa tanto. El programa me dijo y ahí me explicó que el programa que era esto y esto y esto.

Pregunta: pero que le dijo del programa más específicamente.

Respuesta: Me dijo el programa es suyo cualquier cosa me dijo, necesita usted me llama o bien aquí pregunta por mí y conversábamos lo atendimos. Pero yo, mi, como le dijera para mí, mi terapia es mi trabajo.

Pregunta: En que trabaja usted.

Respuesta: yo trabajo en carpintería (Qué bonito) yo hago casas, hago de todo. Incluso ahora la madera y los fierros son lo mío. (los fierros también le gustan) si, si, estructuras metálicas de todo un poco, gracias a Dios. (Oiga, y cuénteme volviendo al tema de la derivación al psicólogo... que psicólogo le tocó o que se acuerda de la persona... era mujer era hombre... sin nombre) era una mujer (una mujer y cómo se sintió con la mujer) súper bien, me atendió súper bien la niña (cuénteme) ella se presentó y soy tal persona, me dijo y por esto y esto y porque la asistente social, lo encontró que usted tenía problemas tipo familiares, me dijo, no tanto familiares, no le dije yo, apoyo tengo de mi señora, de mi hija y lo otro yo me afecte ahora último con la enfermedad de mi señora también pero bueno gracias a dios ya está bien ya que ya le encontraron cáncer al colón, la operaron está en quimio y ahora le queda la última quimo, queda ahora en octubre (perfecto, porque esta consulta que usted me está contando hace cuánto tiempo que fue) hace como un mes, pasado no más si hace poquito y si fue seguido, primero fue la asistente social, después la psicóloga, muy rápido todo rápido (perfecto y cuénteme una cosa y en esas primeras atenciones el psicólogo que le dice que le orienta le dan diagnóstico) no (encuentran que su ánimo que está bien) si no, me dijo que está bien yo lo expliqué, le dije sabe cuál, sabe lo que

hace de terapia, ha venido a terapia, no le dije yo. Mi terapia mía, es mi pega y con esto yo me desahogo, trabajo, me olvido de todo, hecho todo para atrás y así he estado, he estado así yo ...No no (y lo dejaron citado por ejemplo) no nada, nada, nada, nada, no me dijo la si quería cada cuántos meses, a no ese fue el podólogo no... no me dijo, cualquier cosa me dijo vamos a estar conversando, nunca me llamaron, ella me dijo, no me dijo que aquí estamos bien me dijo no se preocupe (y cuénteme una cosa y ahí lo pasaron a médico, el médico le dio algún medicamento), no nada, no de ahí tampoco el médico me tocó una vez al año (Una vez al año, ya perfecto) ahora tengo con la nutricionista ahora en octubre (Y en ese tiempo cuando consulta ¿por qué creo usted que lo derivó el médico a la asistente social y luego al psicólogo) no sé porque, a mí no me dijeron nada (no le dijeron nada) nada, esto esto empezó de cuando a mí el médico me diagnosticó como diabético, de ahí empezó toda esa parte. Antes de eso nada, nada. Desde ahí no me dijeron ninguna cosa.

Pregunta: cuénteme en esta atención que ha recibido el tema mapuche es un tema que conversan ahí, el tema de la interculturalidad, de la atención está presente.

Respuesta: noooo , de repente bueno de repente la persona que lo atiende toma ese tema (y cómo lo toca) si participo, en que participo yo, si participo en alguna etnia mapuche, sirvo yo pu, tengo sangre mapuche yo y yo soy director de una comunidad de la directiva(usted es de la directiva de la comunidad) claro, voy después de la Presidenta vengo como presidente yo, remplazando a la presidenta .

Pregunta: Cuénteme, E6 y algunas de las personas por ejemplo de esta comunidad de la directiva que usted tiene se atienden en salud mental?

Respuesta: No tengo idea. (No lo conversan de eso). No, no. Pero si tenemos beneficios del hospital, ahora están viendo lo que es dental y bueno la vista igual la tenemos (y usted coordina ese tipo cosas) la Presidenta coordina eso (y usted cuál es el rol que cumple) yo soy de apoyo, en todo caso en la directiva soy el único hombre yo. El resto puras mujeres, como yo no tengo tiempo, pero igual le hacemos reunión nosotros. Hace ahora un mes que pasó tuvimos una reunión.

Pregunta: el asistente social le va a seguir llamando.

Respuesta: No. no me dijo nada, nada. Y tampoco la psicóloga. (No, tampoco le dijo nada). (Y usted siente que necesita algún tipo de atención a propósito de estas cosas que le han ido pasando, noooooo no no no no, la necesidad no la tengo, porque no me encuentro una persona no apta para seguir con ella. (Claro, pero esto que me contaba que en algún minuto se pilló caminando). Pero eso fue cuando me dio esa cuestión cuando ya pasó todo eso. Ahí a lo mejor podría haber consultado al hospital pero tampoco lo hice (y su señora no le decía nada sobre estas cosas, usted no le compartía esto que le pasaba) es que de repente le comparto y de repente no me las trago, pero para que le vamos a dar más problemas, con los que tiene ella basta y sobra entonces yo tampoco..... tampoco yo no me voy a andar a la rastra, porque cuando ando así, yo soy el pilar de la casa. En vez de darle el ánimo a mi señora, yo la voy a dejarla que se hunda más por tanto tampoco no puedo hacer eso.

Pregunta: Pero ella no se daba cuenta, porque debe conocerlo. ¿Cuánto años casado lleva?

Respuesta: No si nosotros no somos casados. (Convive pero cuánto tiempo ya) como 24 años ya. El ocho de octubre..... de septiembre cumplimos ocho años (y ella no se dará cuenta) yo creo que se cuenta y no le dice nada me deja y noooo, me dejan (lo dejan) me deja no más, (es como reserva) no mi viejita no (le respeta su situación) así como la respeto a ella ella también me respeta, yo igual, ella igual, ella para mi es todo (Qué bueno, qué bueno, O sea, son un bonito matrimonio en ese sentido). Mire, hemos tenido problemas altos y bajo, igual como cualquier matrimonio. Como todo ser humano. (Y en ese caso, por ejemplo, no ha pedido apoyo al área de salud mental cuando hay problemas de matrimonio, como terapia de pareja) Noooooo, se soluciona en casa.

Pregunta: Y cuéntame una cosa y usted ahora veo que en distintas instancia usted usa el hospital, va al hospital ¿Y cómo se siente tratado? ¿Cómo se siente? A propósito de la opinión que tenía antes respecto de la opinión que tiene ahora.

No no no, no he tenido problemas, ya ha estado bien, gracias a dios me han tocado buenos elemento en el hospital. (Usted siente que ha crecido el hospital ahora, después que usted lo conoce del dos mil trece a la fecha). Sí, sí.

Pregunta: ¿Cuáles son los cambios que ve usted en ese sentido?

Respuesta: Mire, lo únicos problemas, los cambios que no ha tenido el hospital ha sido la urgencia. Bueno por lado mío hay cambios, porque como yo cuando llegué con un dolor sentí un dolor al pecho un día aquí en la casa, chuta me costó ya se me pasó dije yo, así se me pasó, la última vez que fui al hospital, a primeros urgencias y llegué y le dije a la doctora le dije yo que le pasaba que tengo este y este problema le dije yo, ya!!!! En cinco minutos pa dentro altiro, (ya y que le hicieron) me hicieron un electro (y cómo salió el electro) y salió un poquito alterado, un poquito pero nooooo arriba poco alterado y me vino un derrame a la vista. Y siempre me viene derrame a la vista. (Y qué le dice la doctora) me dice qué me tengo que cuidar. Y cualquier cosa y por qué no vino al tiro. El problema que no vino a tiros y todavía estaba esperando porque tiene una urgencia y por qué, porque sí, porque aquí dan cuatro o cinco o seis horas tiene la gente esperando y una vez llegué sólo a urgencias, sólo, en la mañana con dolor, me dio un lumbago y llegue solo, llegué como a las nueve de la mañana, no me llamaron, hehehe vine a almorzar a la casa y después de almuerzo, después que llegué como a la media hora más, recién me llamaron, imagínense, era como más de las dos de la tarde, sin desayuno, sin almuerzo, así que vine a almorzar a la casa y después llegué a la casa y todavía no me llamaban y ahí tuvimos que reclamar y estaba solo, solo, solo más de dos horas solo, esperando para que me atendieran y nadie me atendió. Entonces que es lo que pasa en el servicio de urgencia esperan que se junte harta gente, para poder llamar. Antes de eso no lo atienden. Así es urgencia. Es sumamente malo (y cuente una cosa pero después que ya lo atendió la doctora) de ahí la doctora me dijo no, don Teodoro me dijo (o sea la hora de espera primero usted me dice que son como seis horas de espera, de cuatro a seis antes que lo atiendan) ates que lo atiendan, primero lo pasan a tomarles los signos vitales, la presión todo ya, y de ahí recién lo pasan y de ahí le dicen pero espera y esa espera es infinita (ya, perfecto). (¿Cuántas veces he usado usted la urgencia, cuántas veces?) bueno he ido varias veces, (Y siempre es por lo mismo que le pasa) de repente, sí, sí, de repente. (Y que le dice la doctora que es lo que le pasa ahí) no que, me pregunta que me pasa, no

le digo de repente me da cuando pasó, yo cuando tengo problemas así, tengo como le dijera, hartos problemas hehehehe como le dijera, me siento mal así como que no puedo solucionar los problema me siento como le dijera (aaaah como que se estresa usted) esole y ahí se me sube la cuestión ésta paaa (se ríe). Cuando más estresado yo (pero eso es algo bien de la salud mental como se conoce) claro, sí (se estresa entonces) Claro, el problema va a decir cuándo (y será por eso que lo han derivado también al psicólogo porque usted se estresa rápidamente). Yo pienso que puede haber sido así, porque yo desde cuando soy de repente muy ligero para reventar, me entiende. No me gusta que me tomen el pelo, no me gusta que me agarre pal leseo, entonces yo bueno, no todo el tiempo soy así, pero cuando tengo que.... (pero usted me dice que es una característica de usted, que usted habitualmente cuando vive situaciones de tensión usted se le sube...) se me sube la presión, el problema que a mí el médico cuando la primera es que me tocó un médico y un médico fue que médico extranjero aquí en Cañete que había, me dijo usted no se puede estresar, usted no puede pasar rabia, porque usted tiene problemas al corazón (y es cierto eso) sí porque todo lo que me ha visto siempre los dolores que me dieron aquí es por lo mismo ya y eso, me da derrame a la vista y usted gracias a dios que no da derrame al cerebro que ahí sería otro cuento. Entonces yo me me me prevengo de eso.

Ya no, ya como antes, no, porque ya antes, ahora ya no, ya. Chao patras, no estoy ni ahí ahí (y usted en algún minuto además de usar la medicina más médica, utiliza una medicina más tradicional, como hierbas o cosas en ese estilo) si si si también (va a algún lugar para que alguien le de las hierbas) no yo mismo, que no tengo fe en las médicas, o tengo fe e las médicas. (Y ese conocimiento de donde lo saca usted, el tema de la hierba) de mi mamá, porque mi mamá siempre se hacía agüita de hierba de todo y anda impecable la viejita. Y tato tiempo uno metío (y como se llega a acordar de éste conocimiento) es que yo tengo un hermano que está e Viña y hace igual con pura hierba medicinal o más, muy poco que usa el hospital. Ahora lo usó porque tenía que operarse de un ojo no más (y usted usa hierba en su casa, siempre anda comprando) cosas puntuales (y usted la saca acá de acá de su casa) ahí tengo romero custion o si no al campo hay tanta cuestión (y para esto que a usted le pasa toma alguna cosa natural) no!!! No nada. Los remedios del hospital y eso no es todo el tiempo, nooooo eso no es todo el tiempo una vez, de vez en cuando. (por lo que estoy entendiendo usted no entendió mucho por qué lo derivaron al psicólogo) exactamente, (pero lo que yo estoy evaluando es que parece que podría ser algo emocional) ese es el problema, que yooo soy muy emocional (pero lo que no entiendo si ellos no se lo logran aclarar o usted lo tiene claro) yo no lo hablo, pero yo soy muy muy emocional para mis cosas, soy muy de piel, me afecta mucho eso. Porque yo le yo siempre le llevo a mi vieja yoooo, yo a veces como dijera, siempre yo le digo a mi vieja, de repente viene una ansiedad, una gana y llorar así, llorar llorar, pero llorar, llorar me entiende, y eso yo se lo dije a la asistente social, y yo pienso que por ahí fue que ella me mandó al psicólogo (oiga y cuénteme una cosa y bueno para que usted) bueno a uno con todo lo que le ha pasado, uno recuerda cosas pa tras y viene una emoción grande que yo siento toda mi vida lo he sufrido desde niño. Y yo digo, estoy viejo ya, con cincuenta y ocho años y sigo en lo mismo digo yo (es como algo que no se le ha pasado, algo que siente que está

ahí presente) está presente, siempre está presente, todo el sufrimiento que ha tenido yo en mi vida y eso es lo que a mí de repente, a veces me enoja yo solo salgo pa halla, pienso y uta, digo sí chuta, la lesera cuando va a terminar esto , pero yo pienso que es más mío nomás, (y cuénteme una cosa y en ese sentido usted siente que un psicólogo lo puede ayudar, la trabajadora social) no no, yo pienso que no (conversar las cosas, porque usted no conversa con nadie esto) no no, a mi señora le converso a veces ahí, pero tampoco no la incluyo en mis cosas, porque resulta que ella también está afectada por su enfermedad, entonces yo tampoco no puedo estarle achacándole, achacándole, achacándole, no no puedo.

Pregunta: Pero si usted tuviera una buena afinidad con un psicólogo y ese psicólogo usted fuera y le conversara los problemas y él lo orientara. ¿Cómo lo vería usted eso?

Respuesta: Sí, porque con la niña que conversé, con la psicóloga estuve bien súper bien nada que decir,(eso como se sintió)me sentí súper bien con ella (perfecto, como condujo a la entrevista ella) siiii bien agradable . (¿Y por qué no siguió atendiéndose con ella?) No, no lo encontré. No no no ... tampoco ella no me dio hora nada dijo, cualquier cosa me dijo, viene me llama y conversamos (si ella lo llamara usted podría ir) ya pero como dijera si no no habría problema si total es para un bien para uno yo no me hago problema, pero tampoco no voy a andar toda las semanas, metío donde ella, ya sería yaaaaa. Hay personas que a veces están más jodias que uno y lo necesitan más que uno. (Y si ella lo visitara, por ejemplo, que cada cierto tiempo ella pasara, lo visitara, como visita domiciliaria que se usa en algunos programa por ejemplo) (Alguna vez el hospital lo ha visitado en su casa) nooo primera vez que viene usted, primera vez. (si vinieran los profesionales en la casa, lo pudieran atender, para poder conversar con la asistente social, con el psicólogo, como sería). Claro, lo que pasa es que yo, bueno, ahora en esta fecha yo me encuentro más en mi casa. Porque en general es más difícil encontrarme, como yo trabajo en carpintería, ya de octubre en adelante, a mí se me arregla la pega, entonces yo llego a veces, bueno vengo a almorzar cuando tenía mis dos vehículos en pana, entonces que es lo que pasaba, que yooo almorzaba en Cañete, y no había, yo llegaba en la tarde aquí no más. Salía en la mañana y llegaba en la tarde. me entiende. (Sí , sí). Entonces, los horarios que yo tengo no le sirve. (Claro, claro. O sea, ellos tendrían que tener cierto grado de conocimiento de usted, para ellos saber que en el periodo de invierno usted no trabaja y ahí es donde más lo pueden atender). Exactamente (y cuando viene el verano ahí usted se desaparece y como el trabajo es una terapia para usted lo que me quiere decir es que está bien) yo trabajo pa allá salgo, yo tengo dos amigos en Huillinco, dos amigos, un amigo que es carabinero y mi amigo XXXXX van a ser como cincuenta años que somos amigos, (y con ello conversa algunas cosas) siiiii, muy bueno amigos nada que sí el punto del amigo XXXXX aquí, no nada somos amigos pero de cabros, de cabros y hasta el día de hoy gracias a dios (cuénteme y estos amigos, cuando usted ha estado complicado, usted puede contar con ellos, lo apoyan, lo viene a visitar, se toma un tecito con ellos) Noooo yo voy pa donde ellos, viven aquí al ladito, el otro vive aquí en el alto. Yo con el amigo XXXXX que es carabinero ese llevo cuanto dos mil tres ¿Cuánto es? Nos vamos a ver cuántos años, como unos

ocho años. Ocho o nueve años que somos amigos (y vive por acá cerca) siii, en hullincó vive aquí, y el otro vive aquí al ladito cuanto!!! Como ochenta metros unos cincuenta metros (que bueno, que bueno) eso son los únicos (esa es como su red de apoyo) eeeecole como mi red de apoyo, porque yo a veces necesito cualquier cosa , yo conversó con ellos, ni un problema, nada, nada, nada, nada, nada, no tengo nada que decir. (Qué bueno). Pero tengo dos, no más. Y los otros son en Cañete, de trabajo, sí. Tengo otra amiga que es contadora, que se me conoce, tenía como ocho años de edad yo, los XXXXX. XXXXXX que es contador y la hermana es contadora, era profesora, XXXXX, son bien conocidos en Cañete. Ya con ellos dos yo tengo harta afinidad, porque ellos me conocieron de niño y hasta el día de hoy también (o sea, pero lo conocían de allá de cañete) de Cañete, es que yo vivía en séptimo de línea con Arturo Prat, donde venden mariscos en Cañete ahí, al ladito ahí (si conozco) ahí viví, muchos años. Me crie yo ahí. Todo el centro de Cañete.

Pregunta: Y su mamá por qué vivía por allá tan lejos.

Respuesta: Porque mi mamá no eran dueño acá. No eran dueños. (y usted se crio con ella) no yo me crie aparte, yo estuve años con ella yo, cuanto, como hasta los catorce años estoy con mi mamá, y de ahí empecé a trabajar en los buses para Santiago (se independizó temprano) temprano, yo empecé a trabajar en Cañete, que en los siete a ocho años de edad habrá sido, fui el primer fleteador de carreta de mano en Cañete, cuando llegaba el tren a Cañete. Todo Cañete era puro ripio en esos años (de qué año estamos hablando) uta ¿Qué año le estoy hablando? Ocho o nueve años, pal golpe de estado ¿Cuál fue el año? El setenta y tres. Yo soy del sesenta y seis. En ese tiempo, (claro, en ese tiempo el camino no debe haber estado) por atrás era el camino. Por ahí atrás está el camino viejo. Justo aquí arriba donde mi amigo XXXXX. Por eso yo le digo que yo toda una vida de sufrimiento (como que los problemas usted loooo) ahora de viejo lo está analizando pero todo el sufrimiento (entonces los ha ido abordando con amigos, cercanos, la familia, eso son sus refugios) mis refugios son mi señora y mis amigos, mi hermana que me están llamando casi todo el tiempo pendiente, con mi hermana que me quedan y mi hermano que me quedan un hermano más, las otras están todas fallecidas y dos hermanas que tengo (y los hermanos que tiene alguno se atiende en el salud mental) si, yo tengo una hermana que esa tiene artritis mi hermano tiene problema a los huesitos existe ya nada más no tiene problemas los huesitos y esa igual se atiende, es crónica igual. Mi otra hermana no pu, mi otra hermana menor y mi otro hermano. Mi hermana vive en San Fernando, la otra en Conce y la otra en Viña, (los tiene repartido) soy el único que estoy acá del matrimonio. (Y por qué se repartieron tanto) cada uno partió pa su lado a hacer su vida, por los trabajos.

Pregunta: en salud mental usted le hubiera gustado algún tipo de atención, piensa que se puede hacer algo distinto o que se pudieran tocar estos temas.

Respuesta: No pienso que no. (Por qué piensa que no se pueden tocar estos temas). Es que esos temas yo ya los tengo superado prácticamente. (Pero pensando en la comunidad por ejemplo, que hay otras personas por ejemplo como usted es dirigente) no porque ya eso ya es que yo soy en eso yo soy bien, no puedo andar ventilando lo que me pasa a mí. (Por eso le digo si los orienta) yo converso con ellos sí, esto aquí, lo que me pasa a mí, le digo, sí, converso yo

con una señora que es evangélica, que es la Presidenta, ella es casada con un familiar de mi mamá, y entonces yo converso con ella siempre, siempre nos estamos apoyando con ella, que aquí que allá, otra señora que tiene el marido que también tiene problemas de la presión, tiene la presión alta también, y así. Hay varios que se están atendiendo por el hospital.

Pregunta: ¿Y qué hablan del tema del programa? ¿Lo conocen? ¿Saben?

Respuesta: sí, sí. A mí una vez me llamaron, a mí por el programa de los como sea cuando uno para los de la presión alta cuando uno dijera (hipertenso) cierto, una vez fui un programa que me citaron a mí al Hospital de Cañero, pero de ahí nunca más, una reunión que hicieron una charla que nos dieron a todos, fuimos varios hartos, después a nadie más. (Cuénteme y de las personas que usted conoce en su comunidad cree usted que yo podría entrevistar a alguna persona así como lo estoy entrevistando a usted) nosotros tenemos reunión ahora después del dieciocho, yo tendría que informar eso primero, (alguien que se atiende en el programa de salud mental) tendría que informar eso primero (yo podría llamarlo contactarlo) me deja su número de teléfono yo lo llamo. (ya perfecto súper súper aquí está mi nuevo teléfono pues mire, ahí está ya ese es mi número teléfono, de todas formas yo lo podría llamar y preguntarle después del dieciocho porque yo voy a venir la siguiente semana, después del dieciocho) tendría que ser cuando tengamos reunión, nosotros nos reunimos siempre como a las diez de la mañana, los días domingo (súper súper súper, personas que se entiendan en el hospital y que se atiende por salud mental) ahora yo entonces yo tendría que llamar, hablar cuando haríamos la reunión con la Presidenta, y plantearle esto a la Presidenta . Y entonces ahí yo lo llamo tal día hay reunión (ya, súper, súper. yo ya le he quitado bastante tiempo), no se preocupe (quiero agradecerles muchísimo la entrevista porque me ha dado bastante información así que bueno esta información es privada por su puesto, va a quedar en resguardo mío.....)

(Con la información se van a generar algunas recomendaciones y orientaciones, usted me ha dado temas muy importantes y por ejemplo el tema de género que me ha dicho, esto de conversarle a una mujer es como diferente consulta mucho menos porque dice que estos temas son más privados). Exactamente (Entonces son temas importantes para toda la comunidad también). Claro.

Claro. Claro. Sí. Eso. Porque lo que pasa es que uno siempre que cuando conversa con mujeres así, es más reservado. Entiende.

(Sí, sí, eso le estoy escuchando). Más reservado. Pero no es lo mismo que conversar con una persona del mismo género. (Y nunca se atendido con un hombre, con un médico hombre) si me han atendido. Son más.... Se van a la consulta no más, (como que no profundiza en su problema) no no no no ellos van a lo que uno va y no va a hacer la vía social no, todo lo que dice el médico es lo que debe hacer y lo que no debe hacer nada más, pero más allá noooo. Pero si, gracias a dios he sido bien atendido incluso como le conversaba, la doctora ya me atendió cuando fui con la última que fui al hospital. Me dijo que yo, a la hora que fuera, yo tenía que ir al hospital, a la urgencia por que yo era prioridad en urgencia ¿Me entiende? (Sí, sí, sí, sí, lo entiendo). Usted aquí en el Hospital es prioridad, usted a la hora que venga por lo que sea usted tienen que atenderlo, o sí o sí que tienen que atenderlo, por los antecedentes, por la ficha de antecedente

médica, eso fue lo que me dijo a mí. yo no lo sabía. Cualquier cosa que me pase y yo voy pa ya o si o si. (Qué bueno, qué bueno). Eso fue lo que me dijo a mí. (... E6, ya yo lo voy a dejar ahora me voy para el hospital y me llevo esta entrevista así que muchas gracias a ver vamos a parar esta cosa acá).

Datos de identificación Entrevista en profundidad	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	15 de septiembre 2023
Ubicación geográfica	Ciudad de Cañete
Código persona entrevistada	E7
<p>Estamos grabando. Estamos entrevistando la señora E7 hoy día es día viernes quince. Señora E7 bueno yo me presento mi nombre es Pablo, Yo estudio en la Universidad de Chile, estoy levantando esta información para conocer cómo ha sido su proceso de atención en el PROSAM, del Hospital Kallvu Llanka.</p> <p>Pregunta: Cuénteme ¿En qué periodos se atendió? ¿Se acuerda usted en qué periodos se atendió? Me decía su nieta que fue en el periodo en que había fallecido su marido.</p> <p>Respuesta: Sí. (Se acuerda un poco que la motivó a consultar, quien la derivó) Por intermedio del hospital no más, que uno, él se enfermó vivía con él. Y eso (¿Se acuerda el año que fue eso? ¿Hace cuánto tiempo atrás más o menos?) Hace cuantos años, tres cuatro años (no hace mucho tiempo) el dos mil diecisiete, Seis años ya.</p> <p>Pregunta: Y en ese minuto, él estaba hospitalizado entonces.</p> <p>Respuesta: Sí. Estaba hospitalizado. Se hacía las diálisis.</p> <p>Pregunta: ¿Qué enfermedad tenía él, señora Teresa?</p> <p>Respuesta: Era diabético, (perfecto. Perfecto).</p> <p>Pregunta: Y cuéntame y en ese minuto, bueno ustedes ya llevaban, Cuánto tiempo de matrimonio ya llevaba con él.</p> <p>Respuesta: El hijo mayor tiene cuarenta y cuatro años. (O sea, lleva como cuarenta y cuatro años casada).</p> <p>Pregunta: Señora Teresa y usted cuando falleció, parece que esa fue la primera consulta, quien la derivó al PROSAM, a salud mental, quien la derivó al programa, atención con asistente social y con psicólogos. ¿Se acuerda?</p> <p>Respuesta: Sí. No se no me acuerdo quien me derivó al programa, como le dijera, las mismas enfermera me mandó al psicólogo. (La enfermera la mandó al Psicólogo). (¿Y se acuerda un poco de esa atención? ¿Cómo estaba usted? Porque consultó que es lo que le estaba pasando con el fallecimiento de su marido).</p> <p>Respuesta: Eso un poco. (Se acuerda un poco cómo estaba en ese momento y que le conversó al psicólogo). Sí, pues me conversó ahí un poco, entonces yo pude darle un poco porque ya han puesto un poquito como como que le dijera, como en vano hacía las cosas, no sabía qué hacer, no sabía qué pensar, entonces todas esas cosas mee... la cabeza meee... como que me daba vuelta...me daba vuelta. (Como que estaba muy pensativa). Eso, eso. Estaba muy pensativa. Pensando en que él había fallecido y yo había quedado sola, sola, sola, (y su ánimo. Cómo estaba en ese minuto, Se acuerda un poco porque me</p>	

habla que estaba un poco desanimada parece también). También desanimado. (Ya. Perfecto. Y quien se dio cuenta quién se dio cuenta que estaba así, se dio cuenta usted, la enfermera, los hijos, la familia, se dio cuenta que estaba así un poco afectada) siii, es que yo vivía con él y ella pu (refiriéndose a XXXX su nieta quien se encontraba en la entrevista) XXXXX, ella, y ella es mi... de cuanto que se llama. . Mi fuerza, mi fuerza, que tengo yo mi todo, la crie yo de guagüita (su fuerza). Entonces, mire entonces ella es mi compañera (y cuénteme la enfermera cuando la derivó cómo se sintió cuando lo atendieron). Sí, me sentí bien porque el psicólogo me dio entrevista, me entrevistó, me dijo que esas cosas pasaban, entonces así, él me empezó a conversar, entonces... y así de a poco de a poco yo fui y así también mi cuñada también me daban ánimo, también ella. Entonces, y así fui ahí. (Como que usted también buscó apoyo en su familia) si...(y empezó a ir al hospital). Si....

Pregunta: Y cuéntame, ¿y eso cómo la empezó a ayudar? ¿Qué es lo que le empezó a pasar con esto que usted me dice que su cabeza le daba vuelta y su ánimo estaba más complicado.

Respuesta: Hice el esfuerzo y yo decidí si todos vamos para allá (ya). Todos vamos para allá. . . porque uno a veces se enferma y no sabe cómo va a vivir, cómo él, que le va a pasar en eso primero a uno. . . un ataque, un desmayo, cualquier cosa y nadie sabe caso vive o muere. Todo eso pensaba yo porque. . . y eso (O sea, como que el fallecimiento de su marido su vida tomó una dirección incierta). Claro. Como que no sabía hacia dónde ir . . . cierto. (Eso no sabía dónde ir o qué pasaba después y se acuerda un poco cómo le estaba afectando eso y cómo el psicólogo logró abordar esos temas con usted) (Solamente la atendió el psicólogo, la asistente social) la enfermera también (la enfermera también) y así todo paso (¿Cuánto tiempo tuvo ese tipo de atención?) No, no estuve mucho, sí estoy como unos dos meses, el mes primero eso fueee . . . ese mes yo ya no comía, no hacía nada, lloraba, pensaba (y que creía que le pasaba, que pensaba), que no sabía qué pensar pu, total decía yo . . . estar sola con . . . mis hijos ya están todos fuera. -(Perfecto). Y yo sola.

(O sea, fue viéndolo solo que lo que les pasó, bien doloroso). (Y cuando iba al hospital usted se sentía acogida, se sentía bien). Siii. (El hecho de conversar esto que le estaba ocurriendo le hacía bien). Siii. Todo hace buen, porque uno hayá le dan consejos que la vida es así y todo vamos para allá. . . uno más adelante y uno más atrás así. Y eso. (Y del programa la atendía algún otro profesional, por ejemplo el asistente social). Sí, la asistente social también.(Ya), (Y se acuerda de los nombres de los profesionales, quien la atendió) No, para que le voy a decir si no se.

(Y la asistente social, en que la orientaba) Que tenía que uno seguir no más adelante porque ella lo siempre nos aconsejaba que todos íbamos para allá entonces había que tener paciencia, pensar en la vida y así pu (y en algún minuto ustedes se sintió más recuperada de esa situación). Si después me empecé a pensar yo mismo en ese sentido porque, sola pensaba que podía llegar, pensaba que no podía llegar. Yo pensando ya y yo . . . me voy a levantar, yo sola. (Usted decidió levantarse sola). (Con ayuda de algún familiar), sii (con ayuda del programa, cómo se levantó sola ahí). Hice esfuerzos, decir que no es la primera vez que uno tiene así enfermo y fallece. Mi mamá, mi papá. (ya le había pasado

eso). Había pasado. Entonces las cosas a veces. . . Muchas veces (A pesar de que son dolorosos, usted sentía que ya... Y XXXXX) . . . ella también ella me pillaba llorando, y me decía, mamita para que llora, si también las cosas pasan y hay que salir adelante dice entonces si no tú te vas a joder me dice, de pensar, de estar llorando, pensando recuerdos, me dice . . . (O sea, usted estaba de duelo en ese tiempo, todo este desánimo, todo está... porque no quería ganas de comer). Sí. Después ya ella me dio más ánimo porque me decía, ya mi tata está en el cielo, el día no tiene que pensar que tiene que hacer, él no piensa que iba a traer comida, él no piense en lo que es su trabajo, en nada. Dejarlo a él que descanse.

Pregunta: Y en ese sentido el hospital siente la ayudó, el programa siente que la ayudó, siente que le hubiera gustado que atenderse más frecuentemente, estuvo bien o le hubiera gustado que la visitaran en su casa. Cuénteme un poco de cómo le hubiera gustado que fuera.

Respuesta: me hubiera gustado que me atendieran en la casa, porque siempre me da flojera salir al hospital. . . (y en algún minuto le planteó al profesional que la visitara) no, no le dije nada, porque después ya A veces, lo mismo, lo mismo, lo mismo. Entonces, cómo que uno ya pa qué. (A qué se refiere con eso) Que tenía que... me daban otra fecha tenía que ir en otra fecha, entonces dije yo. . . es lo mismo que me. . . entonces dije yo pa qué. . . (Y con algún profesional tuvo mayor afinidad, que se sentía más en confianza, A lo mejor con el psicólogo, la asistente social, la enfermera o el médico, la atendió médico también) No, (no la atendió el médico). (No tuvo ninguna confianza con alguno en particular). No, ninguna confianza con nadie. (Cuánto tiempo estuvo ahí en el programa) diría unos dos meses.

Pregunta: Y esto que ustedes fueran Mapuche, en algún minuto lo conversaron o en algún minuto usted acudió a algún tipo de medicina Mapuche. Estaba presente ese tema, en ese periodo de duelo.

Respuesta: No. (En algún minuto acudido a esa medicina, la medicina Mapuche). -Sí, sí, sí, sí, sí. Remedio que se dice, (remedio) (como una meica) Una Meica, eso sí. (Eso sí, Y en otro tipo de oportunidades a acudido a ese tipo de medicina). Sí, (ya. Perfecto). (Y en esta oportunidad no acudido por alguna razón) . . . No. (su mamá su papá acudían a esa medicina en algún minuto). . . Sí, ellos sí. (Y usted manejaba hierbas) si. . . (Algunas cosas, por ejemplo acá en su casa). . . Sí, pero yo, hay unas médicas que hacen a propósito, el remedio. Entonces ahí yo iba aaaaa . . . (Usted iba y a qué parte iba, a que meica iba, de que sector era la meica) . . . de aquí mismo de Cañete , y ellas me hacían re medios para cualquier enfermedad que uno tenía. (Y en el PROSAM, le preguntaban un poco de eso, usted le hablaban de eso, le comentaba sobre eso, sobre que usted ocupaba esa medicina). No, no hablaba de eso.

Pregunta: Su nieta me decía que usted también se atendió en una segunda oportunidad. Cómo fue esa segunda oportunidad, se acuerda un poco.

Respuesta: cuando hicimos los papeles de la Casa (la nieta) (Se acuerda un poco de eso) Sí, pero eso hace poco ya pu, hace poco ya. Entonces yo, eso ya... (Qué le pasó ahí) (Se acuerda) Nooo, era un, cuanto que se llama. . . un. . . . Un No me acuerdo. . . A es que queríamos hacerle unos papeles, entonces fuimos a citar con la abogada y la abogada le dijo que fuera el psicólogo como ella es

mayor de setenta años, como que el psicólogo verificaran y que ella está mentalmente bien para hacer sus trámites, una evaluación así (su hija Catalina refiriéndose a la evaluación), (y se acuerda un poco de esa experiencia, hace cuánto fue eso señora Teresa) tiene que ser un dos meses, tres meses. (Ah, poquito. Ah, y se acuerda cómo el psicólogo la atendió), si pu si yo fui y le dije yo todas las cosas como tenía que es lo que tenía que hacer, entonces él me dijo usted me dijo está consciente el cien por ciento de que usted va a hacer esas cosas. Si le dije yo, estoy consciente . . . (porque, qué es lo que quería hacer usted en ese minuto para poder entender) no hacer unos arreglos que tenía que hacer no más ahí y entonces me dijo, si él me lo podría hacer, me dijo que no, que no tenía que yo pasar por una un asistente social (él le dijo que tenía que pasar por una asistente social) porque que a lo mejor yo estaba demente (ríe) (porque, a qué se refiere con eso . . . que pensaba que podía) Hacer unos trámites y ahí Y eso no más pu . . . (Y se sintió que él le resolvió lo que quería a usted, o no le resolvió tanto). Sí me lo hizo, pero me mandó a otra persona. Y ella ya me empezó a decir las cosas, pensar, tenía que hacer algo, para ver la mentalidad de uno (Perfecto).

Pregunta: Y usted en algún minuto le habían hecho algún tipo de evaluación de ese tipo o alguna vez.

Respuesta: No, nunca (perfecto). Y ella me lo hizo. Que tiene que hacer, todas las cosas como tenía que ser. . . . y tenía los cinco sentidos (Estaba todo bien entonces) Todo Bueno. Me faltaba algo que yo no podía. (Qué le faltaba, ese acuerda un poco) me faltaba algo que yo no me podía equivocar, en lo que me iba diciendo . . . y así que . . . (y cuanto duró esa evaluación) no sé cuánto duraría (y usted quedo conforme con la evaluación, le favoreció a lo que quería hacer usted) sí porque ella me dijo que para la edad que yo tengo, la mente no la tengo mala, así me dijo ella, para la edad que tiene usted me dijo tiene su mente buena (Perfecto, pero alguien parece que alguien había dudado de eso), (una cosa así, algo así) pero más de dos o tres pregunta, no loooo, no (y todo salió favorable, todo lo que usted pidió, perfecto).

Pregunta: Usted se volvería a atender en el programa, siente que en algún minuto podría ser importante atenderse.

Respuesta: Nooo. Porque pa que si yo ya estoy vieja. Y quien... Yo me acuerdo todo lo que hago. (Pero tiene setenta y dos años es joven todavía). Sí, hago mis cosas, no me falta nada, la mente la tengo lúcida, así que para que . . . (usted se ha sentido, viene emocionalmente y no tenía necesidad de volver a consultar) No, (súper bien). (Y el duelo de su marido, eso ya lo ha ido integrando bien), si pu... (Ya, perfecto, perfecto).

Pregunta: Cuénteme y pensando en otras personas, usted recomendaría el programa por ejemplo si alguien se sintiera mal, o pasara por un mal momento, usted cómo siente que el programa debiera atender a estas personas, qué es lo que opina usted.

Respuesta: no creo que haya faltado, el que quiere hacerse, hacer ellos muchas veces como dice que cada cual con su. . . (Y esto de constar su vida, sus temas). No, nunca lo había hecho (usted se sintió cómoda no se sintió tan cómoda) la señora que me hizo la asistente sociales, me sentí un poquito más cómoda para las cosas, entonces ya . . . para decir todas las cosas y yo le dije todas las cosas.

(Usted en algún minuto hubiera sabido, que estaría contándole sus temas a una persona desconocida). . . a sí sé....

Pregunta: De alguna forma pudieran mejorarse la atención en el hospital, en el programa.

Respuesta: En el hospital si. (en qué aspecto) Debería mejorar porque la gente muchas veces tiene. . . tiene que. . . ver médico y a veces no hay médico. . . médico como le dijera. . . que atiende a la gente, (pero porque no tienen médico o porque los médicos que hay no tienen una buena actitud). Si porque, Yo he llamaba harto, ella ha llamado harto para los médicos, porque tengo que hacer un control, y no hay médico. (Así como que no tienen horas) no hay horas. (Ah, ¿y para cuándo tienen horas? Por ejemplo, ¿cuánto se demoran?) no seee... (O sea no dicen tampoco. O sea, usted tiene que estar llamando permanentemente hasta que le den alguna certeza) Claro. Le den algo para. . . . porque son examen que tengo, para que me digan que si estoy bien o estoy mal . . . para revisar los examen. (Y el mismo médico que le hace la orden no le revisa los exámenes) . . . No. . . Ayudan la orden del examen nomás a uno les sacan sangre él le hacen los papeles, todo esto así es, tiene que venir otro día. . . (¿Cómo cree que debiera funcionar? ¿Qué debiera cambiar? ¿Cómo sería para usted más favorable? Más beneficioso). Si pu, también sería eso queeee . . . si uno tiene los exámenes pasan meses, dos meses por los dos meses más o menos los exámenes (harto tiempo) si pu . . . (y no es el mismo médico el que hace la lectura del examen puede ser cualquier médico) cualquier médico. (¿Y eso cómo la haces sentir a usted?) No bien, porque si uno va a un médico y el médico lo va a evaluar a uno en caso está bien o está mal, llame a las personas y dígame mire señora . . . señora fulana usted sus examen están bien . . . digan si y así (ya perfecto, como dejarla más tranquila) claro (un poco eso ya) todo lo que eso, todos los exámenes están también así que no se preocupe . . . entonces esa es la manera de saber, porque uno muchas veces siente dolencia y no va al hospital . . . pa que!!! (como que usted no es muy amiga de ir al hospital estoy viendo, ya perfecto).

Pregunta: ¿Pero si ustedes sintiera que la atienden mejor a lo mejor iría más?

Respuesta: A lo mejor pero estando sana uno no . . . porque estando sana yo . . . hago mis cosas . . . ya tengo que caere en la cama o con dolencia . . . ahí acudo al hospital (señora E7 y en algún minuto la han venido a ver, por alguna dolencia, por algún desánimo) No, (por algún problema de su humor) No. Para la pandemia vinieron a visitarme (Ya, ¿Y quiénes vinieron?). La enfermera. (¿Y quién le hicieron ahí?) Me tomaron la presión, los dije que teníamos que andar con mascarillas, sin salir con ninguna parte, en la casa solo encerrado y así. (Y usted tenía miedo en ese periodo de la pandemia, pensaba cuando que se podía contagiar). Sí, me dio susto a mí. Me dio susto porque vi a toda la gente, ahí que le dio a tanta gente que moría entonces sería pandemia no sería, no sé.

(Porque entonces usted me dice que en ese tiempo entonces no salía)No, (como que estuvo en dos años sin ir al hospital) No, como un año (¿Cómo un año no fue al hospital?) Sí, porque le hacían los controles por teléfono, gracias a Dios que nosotros, nunca nos contagiamos. (Qué bueno, qué bueno). Teníamos que cuidarnos y no salir, acá en la casa no más (Claro además usted es adulta, entonces efectivamente tenía más riesgo) pero nada nada hasta ésta fecha.

Pregunta: Usted como es una mujer mapuche, me gustaría saber si usted en ese

tiempo que no veía médico, acudía por a la meica. Cuénteme un poquito más. . . porque tipo de situaciones acudía, qué tipo de remedio le pedía, se acuerda un poco de eso.

Respuesta: Sí, porque uno le siempre uno el mapuche toma la orina. Y la orina se la lleva a la médica. (Ya) en un frasquito, la médica le va diciendo que es lo que tiene, cuál es su enfermedad, todo que. . . le va diciendo. . . un dolor de riñones, un dolor de espalda, un dolor de. . . de ovario toda esas cosas . . . y se tomaba sus remedios uno. (y en ese periodo que no iba tanto al hospital, porque cosas consultó a la méica) . . . (se acuerda un poquito) . . . si, porque muchas de los en el hospital le daban remedio para para la diabetes que tenía yo (ya) y . . . como que decía yo . . . Heee, para la tiroides (ya) (¿Y que pasar con lo remedio del hospital que además después iba a acudir a la méica) también me lo tomaba pu . . . me los tomaba igual. (O sea, se tomaba los remedios, pero también iba a la méica). (Y eso y esa opción de estar en las dos medicinas era porque algo que hacía su mamá, porque le nacía a usted, porque le tenía confianza la médica. Más detalle, un poco de porque iba a las dos medicinas ¿Cómo ocurría eso?). . . Si a veces . . . (ya) sentía el dolor de riñones, de espalda a veces (usted le pedía a su nieta que la llevara) no a veces iba sola y veces me acompañaba ella (pero siempre iban a una persona que se sentía cómoda) Estable en su casa. Entonces uno va a su casa y ella le dice tal cosa entonces porque yo tenía un dolor de cintura que no me podía ni parar ni levantarme, tenía que levantarme parándome y enderezarme un poquito para poder caminar, entonces y ahí fui donde la médica y ahí me dijo que tenía . . . los riñones estaban . . . (complicados) si . . . (ya) me dio tratamiento y ahí como que ya empecé ya a andar ya no me duele ya . . . (O sea, usted se tomó el lahuen y empezó a andar bien) . . . Si (Ya, perfecto). Dos veces le fui a buscar remedio. (O sea, ella era muy certera en lo que le decía y ustedes se sentían más segura, se sentían más en confianza, con más certeza, qué es lo que le pasaba ahí con esto que ella le da un tratamiento y usted se mejoraba . . . cómo le hacía sentir eso) . . . me sentía bien, porque en el lugar que uno está (refiriéndose a la casa de la médica), se siente bien, hace sus cosas, no tiene ninguna dolencia, corre, sube para el segundo piso, baja pa bajo, yo hago mi aseo (y como les mejoraba el ánimo) tenía el ánimo, uno hacía sus cosas. Bien, ni un cansancio, nada .

Pregunta: Y en ese periodo durante en el fallecimiento de su marido, cuando estaba más triste, con más cansancio y en que aparece la enfermedad, acudió a la médica.

Respuesta: No. (Solamente acudió al programa para poder conversar sobre este tema). Pregunta: y usted siente que en ese periodo, la pudiera haber ayudado a la médica.

Respuesta: no (no la hubiera podido ayudar. . .) (Porque no la hubiera ayudado para poder entender un poco más. . .) porque entender yo. . . si yo voy por una pena. . . ella no me va a dar remedio para la pena (cómo es eso, cuéntame un poquito) . . . si yo por lo menos, yo tengo (ríe) me pasa algo a mí (con voz fuerte y enfática) entonces yo si voy a la médica ella me va a decir . . . su ánimo está mal (con actitud calmada, simulando a la médica) . . . no está bien, usted tiene que tomarse una receta de remedio o me lo da ella, en veces sí (Ya). Lo hace, entonces como que ya uno levanta el ánimo de nuevamente y sigue (ya) porque

la vida es . . . tiene altos y bajos.

Pregunta: y esto de usar las dos medicinas, usted habitualmente lo cuenta, lo habla, no lo cuenta tanto, es más reservaba.

Respuesta: No, no cuento porque no quiero. . . . (¿Por qué no quiere?) No quiero. . . no es privado, porque me pueden aceptar o como no me pueden aceptar que me pueden decir que dice eso de médica y esas cuestiones (y en general las personas Mapuche les pasa eso a veces que son más reservadas con ese tema) Si . . . (y eso y qué le parece) sí porque bueno la médica sí pu . . . puede ser más reservada ella para sus cosas así que lo van a ver, pero uno no . . . uno conversa con amiga, con la vecina.

(Señora Teresa, muchas gracias porque estamos terminando. Usted me dio información muy valiosa con esta entrevista).

(Se sintió cómoda, no se sintió tan cómoda). Sí, un poco, un poquito. Que nunca tuve una entrevista con alguien. Primera vez (Mire, Bueno, siempre hay una primera vez como dice la personas).

(la idea de esta entrevista principalmente eso es conocer su opinión, su experiencia, el cómo usted ha vivido el proceso de atención, más que si es bueno o malo es como ha venido transitando el proceso de atención, que nos permita poder mejorar el programa, poder orientarlo de alguna manera, recomendar algunas cosas, y como usted es Mapuche, es más complejo todavía, porque como las personas de la medicina conoce en el mundo Mapuche tanto es bueno también saber cómo las personas Mapuche piensan o cómo se le pudiera atender de mejor manera. Por eso es que es importante entrevistarla) Sí, pues si una vez fui a médico, y el médico me dijo usted señora me dijo y yo soy médico para atender a la gente me dijo, pero en el universo me dijo se dijo hay un Dios, hay un universo me dijo, que está el mundo lleno de árboles y todo sus árboles de que usted ve, en el. . . o donde usted vaya son medicina (y que le pasó ahí con eso que le dijo el médico) si, si yo tomo de esos remedios le dije yo (y le llamó la atención por alguna razón lo que dijo él) No, porque sí me llamó la atención, pero dije yo como un médico puede decir eso . . . algunas veces lo hacen por reírse . . . no sé (refiriéndose a que no entendía si la actitud del médico era verdadera o no . . . refiriéndose a algo poco habitual) (haaa usted piensa que él no lo hizo verdaderamente . . . como que no confió) si Si por eso . . . (Por que ha tenido malas experiencias sobre el tema de la medicina) si de la medicina . . . (como que cuesta confiar en que alguien pudiera estar siendo sincero) si . . . si . . . (en hablarle el tema).

(Pero yo quiero agradecerle muchísimo sinceramente la entrevista que me está dando es información muy valiosa la que usted me da. Y bueno ya no le quito más tiempo no sé si me quiere decir algo más) . . . no nada más . . . (ya perfecto está muy bien) pero es que ella dejo el programa porque después de eso llegó como unos programas con la municipalidad que son como del adulto mayor, y ella entró al programa porque cuando iba la enfermera, la enfermera la notaba como mal derivada, justo en ese tiempo, entonces la enfermera la derivó al psicólogo, estuvo un tiempo con el psicólogo y después de eso llegó un programa aquí a Cañete, que ve el tema de los adultos mayores, y ella se empezó a relacionar con gente de su misma edad y salían a paseo, entonces por eso ella dejo el programa, si no fue porque dijo a ya!!! No voy más (riendo relatando la sobrina)

porque empezó a salir y con eso entonces se empezó a sentir mucho mejor (pero eso es súper importante lo que me dice porque en el fondo ella busco más afinidad con personas de su edad).

Sra Teresa: Salíamos en buses para allá, fuimos a Coronel, Palla pa Conce, íbamos a los lagos. (¿Y cómo se llama ese programa? ¿Y era programa del Hospital o de otro lugar? De la municipalidad. Ah, de la municipalidad, ya.)

(Como una agrupación de adultos mayores). Una agrupación de adultos mayores si....(pero eso es una buena terapia, si salía). . . Lo juntábamos, todos yyy. Vecinas, heee íbamos. . . me cabrie después (¿Y por qué. . . qué le pasó ahí?)

(Porque el tremendo panorama pues en el fondo) si pue (después de estar dos años encerrados y después salir tanto). (¿Y por qué se cambió tanto?) No, porque pasaban cosas muchas veces de que a veces se daban vuelta los buses (Catalina la nieta refiere que éstos eventos fueron antes de la pandemia) Ah, todo esto fue antes de la pandemia. (Perfecto). Fue en el dos mil diecinueve porque después se quemó la casa y desde que se quemó la casa ya después nos tuvimos que ir a vivir a otro lado, luego la pandemia (XXXXX) (y luego tu mamá. . . digo porque es como tu mamá) ella me dice mamá a mí (quedo afectada imagino ahí también). . . Sí pu, porque el tema de la casa sí pu, (Catalina) porque nosotros estábamos durmiendo a esa ahora, entonces igual fue complicado porque aparte que éramos las dos solas, no vivíamos con nadie más. Los hijos de ella están todos lejos y trabajaban en ese tiempo fuera para el norte, entonces igual era complicado llegar y no teníamos ninguna red de apoyo como cerca de acá, ella tenía una cuñada y todos pero no era como ir a pedirle ayuda a las cuñas, entonces ya después de eso igual la siguieron visitando de la Municipalidad pero ya como empezó el tema de la pandemia ya no se podía visitar porque era como y hasta ahí quedó el programa y después ya nos cambiamos para acá de nuevo y cuando tuvimos la casa y como que ahí se comienza a sentí como mejor . . . llegaron sus vecinas . . . hola vecina tanto tiempo, se les había ido. (O sea, la vida social era importante para ella) Sí, sí. Ah, mire. así que después empezó a juntar con una vecina de repente viene una vecina a tomar mate aquí, entonces es como la vida social que tiene una vida muy social (XXXXX) ahí conversa uno, se ríe un poco (XXXXX)(pero veo que con Catalina se lleva muy bien, parece que tiene mucha afinidad, usted es como su mamá en el fondo) siii, ella está estudiando en Temuco, y yo quedo solita aquí (a está estudiando XXXXX y que estudia)laboratorio clínico (y en que años estas de laboratorio clínico) en el último (Ya, súper) me falta solamente mi práctica profesional (y ahora estás como en receso, una cosa así, como en vacaciones). Si la semana del dieciocho no dieron vacaciones que vayan a disfrutar (y ahora que tú que tu mamá está acá solita como como lo hace. . . se queda solita) sola con la perrita, ahí está mirando la ventana si de repente viene mi hermano a estar con ella. (Señora E7. Muchas gracias, muy amable.) Gracias por venir a visitarme, a hacerme hablar, porque yo hablo poco (ríe a carcajadas). (Bueno yo también soy psicólogo. . . no se notó. . .no)(Risas).

Anexo N° 7 – Entrevista Grupo de Discusión.

Datos de identificación Entrevista grupo de discusión	
Nombre del entrevistador	Pablo Munizaga
Fecha	24 de octubre 2023
Ubicación geográfica	Comunidad Reputo, comuna de Cañete
CÓDIGO	OGD
<p>(Entrevistador: Buenos días la presente actividad tiene por finalidad rescatar Información de las personas en materias de salud mental, principalmente para poder colaborar con la atención del programa salud mental. La idea es poder conocer un poco esa esa dimensión y que podamos ir conversando. El tema de salud mental en general es poco, poco conversado, poco hablado. Como contaba la matrona que así como pocos se hacen el pap, los temas de salud mental son igual de importantes, sin embargo quedan muy al interior de la familia y no se conversa por miedo, porque son temas privaos tal vez, bueno en otros lugares esos temas son un poco más conversados y efectivamente en el hospital existe un equipo que tiene la misión poder atender, apoyar y promover un poco la salud mental de las personas del lugar).</p> <p>Entonces, para poder incentivar la conversación organicé algunas láminas y la idea es que ustedes me vayan contando un poco o vayamos conversando sobre algunos temas que yo les quiero preguntar, ¿Les parece? Siii.</p> <p>Pregunta: (Por ejemplo, cuando les muestro esta lámina (imagen del hospital Kallvu Llanka) ¿Qué es lo que se le viene a la mente a ustedes? ¿Cuál es su relación con este lugar)</p> <p>Pregunta: (¿Sabes qué lugar es?)</p> <p>Respuesta: El hospital. (sii)</p> <p>Pregunta: (Y cuando ustedes conversan habitualmente de este lugar que es lo que. . . .)</p> <p>Respuesta: quedó lindo pero su atención deja hartó que desear. (Risas) (Eso es súper importante).</p> <p>Pregunta: (cuéntame una cosa, cuál es tu experiencia respecto de esa situación).</p> <p>Respuesta: Por el tema que yo a mi hija, la tuve enferma del estómago, tuvo una enfermedad, fui varias veces a la urgencia, le colocaron un suero, después me la mandaron para la casa, después seguía con el tema que se empezó a hinchar, pesada del cuerpo, la volví a llevar por que sus dolores eran muy fuertes, entonces fuimos y me dijeron que tal vez había comido una fritura que le hizo mal, le dieron lactulosa, después fuimos de nuevo, y nada no le atinaron nunca con la enfermedad, del entonces un día amanecimos que ya ya no aguantaba más, se hincho, se hincho, no dormía, volvimos en la noche, fuimos de nuevo y ahí, le iban a hacer un lavado de estómago, resulta que a mi hija se le doblaron sus tripitas, entonces le todo esa vez una enfermera, le hizo de urgencia una radiografía de estómago y la mandaron pa conce y de conce, la mandaron a buscar al tiro y que no esperaran más, que la mandarán al tiro y la llevaron, para que ela fuera votando por la boca, porque era demasiado el dolor que llegó, y allá la revisaron y la tuvieron que operar de urgencia, (y eso hace cuánto tiempo</p>	

ocurrió) hace un año, le tuvieron que hacer una colostomía, le tuvieron que poner una bolsita, no la pasó muy mal (y eso cómo le afectó en su salud mental por ejemplo en su ánimo en su actitud) nooo, ella estaba mal... porque, anduvo un año igual después de la operación, anduvo un año que la pilló la pandemia, no la pudieron operar porque andaba con una colostomía y una bolsa aquí ella sola (¿Y esto fue ante la pandemia?) Sí, justo cuando empezó la pandemia, ella se enfermó así (YA). y después la operaron y ahí lo dijeron que a los tres meses iban a volver a cerrar y resulta que después no no pudieron porque por lo mismo, por la pandemia, no podían y no. (ya, perfecto). Pero para ella fue terrible porque ella era una lola (¿cuánto año tenía ella?) . . . tenía como dieciséis años, y anduvo un año con la bolsa aquí (indicando su costado), bueno después ella se acostumbró, pero fue terrible fue ... fuimos una, fuimos dos, fuimos tres veces a urgencia y no Incluso le saqué hora pa medico también... no debe ser que algo comió, que le hizo mal, pero. . . . Pasó eso y no (Y retomó su vida normalmente, o tú la vez complicada ella). Ella, encuentro que si no está tan bien, porque después me la mandaron al psicólogo, porque yo después ella no dormía, a las dos de la mañana, no dormía, iba a mi pieza, mamá no puedo dormir me dice. (y cuál fue su experiencia ahí de ella con el programa, cuénteme un poquito) (¿Cuál es su nombre?) Magdalena (Magdalena, ¿Cuál fue su experiencia de usted por supuesto como familia) fue terrible, fue terrible, (llanto y pena, aún se muestra afectada) y yo me recuerdo porque ella me decía mamá, (llorando) no te preocupí pero fue terrible, (como se llama su hija XXXXXX (usted nunca pidió como apoyo ayuda en el hospital en relación a la salud mental en ese momento) después le mandaron pero algo le pasa a mi hija, porque ella no duerme, le da miedo, no es normal le dije yo, porque en las noches, no pude dormir, ya no puede dormir, y ahí me la mandaron a un psicólogo, para que explicara su tema, pero ella me dijo, ahí ya no fuimos más, me dijo mamá, me dijo no sé qué, no sé qué, no entendí nada, me dijo porque se me irá a pasar solo no más. Pro estuvo muy mal, y nosotros como familia mal ese tema. (Cuéntame en qué sector se atendieron ustedes ahí en ese lugar) en el hospital Kallvu Llanka, acá no le encontraban nada, y cuando fuimos allá, allá fueron súper buenos. Buena la atención en Conce, le dijeron aquí no estamos en Cañete le dijeron, ella la misma cuando llevo la misma llevaba todo malo lo que le habían colocado, (ya) y me dijo y quien es el que la atendió me dijo, porque como no van a ser capaz de poner un catéter (una vía, claro). Como no le van a saber poner, y ahí me dijo, le empezaron a ver todo de nuevo y hay un médico que fue súper bueno, le dijo no aquí, te vas a ir sana aquí, te vamos a quitar todos esos dolores que tenía, dijo y aquí estai en buenas manos, no te preocupí porque aquí no estamos en Cañete, no estamos aquí. (Ya). Entonces, ahora está bien, (está bien ella ahora, ya) igual siente un poco de dolores y bueno yo la llevé de nuevo que le hicieran un chequeo médico aquí en Cañete, porque ella después terminó su control entonces seguía con lo que se hinchaba de dolores y a allá me dijeron cualquier cosa, usted llévela a urgencia al tiro, ella no puede estar que nooo hinchada con sentir dolores, cada cosa usted tiene que llevarla al tiro, a urgencia, a Cañete me dijeron, al más cercano, ahí es donde la tengo que llevar yo, pero igual de repente siente, se siente molesta (y usted a propósito de cómo le afecta a buscaba ayuda y a propósito de eso de cómo apoyarla a su hija de cómo

orientarla de cómo contenerla, por su parte así en el hospital) bueno yo igual le he dicho porque, al final decidimos empezar a ir a la iglesia, bueno ahí una hermana, me decía hay que llevarla a la iglesia, porque si en el hospital no le encuentran nada. (Esa fue como la opción y eso como le resultó ir a la iglesia, como le fue ahí). Si si igual le fue bien, pero igual fue una experiencia que yo a menos (es difícil súper difícil claro claro, O sea, de hecho se ve que ahora usted está bien emocionada. Claro, no es un tema que había conversado mucho).

(Oye muchas gracias).

Pregunta: y alguien más le ha pasado alguna experiencia así o positivo o negativa con el mismo hospital respecto a la atención respecto a la atención de salud mental si tienen alguna alguna cercanía con el tema ¿Alguien lo ha derivado alguien? ¿Cuál es su percepción con el hospital? Cuéntame un poquito.

Respuesta: yo igual puedo hablar algunas cosas. . . . cuando estaba en el liceo ahí, en esos tiempos, recuerdo tuve una caída en la rodilla y ya entonces fui igual los médico ahí, no sé quién era así como vieron súper normal y no hay enyesar, no hay que hacer nada, pero fui como una semana después que me caí, porque me dolía haciendo educación física, eso faltó el filtro, y me hicieron una radiografía, el peroné se había trizado y pegó, ya. Yo dije: No, no es nada, una semana de de licencia no más y después pueda hacer ejercicio, que después seguí, que volvió de nuevo, y no era eso, pero yo creo que hasta el día hoy no he visto porque no me da confianza. Perfecto, menisco yo creo y eso me perjudicó el resto de mi vida se puede decir.

(Y después consultaste en otro lugar). No no no (te sacaste una foto en algún otro lado). No cuando me saqué radiografía esa vez no más, es que no dio confianza por eso el hospital a mí no me da confianza (ya perfecto) a eso quiero llegar, después de igual estuve muy resfriado, no sé, uno no sabe, fuimos a urgencia en la noche, estuvimos cuatro horas esperando y al final, no nos atendieron y me fui para la casa. Y lo otro, buenas experiencias no he tenido.

Pregunta: (y cuando pasan éstas cosas que es lo que cree que pasa, y que tienen malas experiencias, que creen, así pues desde ustedes en el fondo, que es lo que piensa, que puede pasar ahí, yo me imagino que hay varias experiencias, así que no han tenido buenas experiencias.

Respuesta: Yo creo que faltan especialista en el hospital de cañete (especialista). Como decía la Lamngen esto en Conce, para que decir, especialistas impecables allá, pero acá no, no hay especialista entonces cuando uno lo derivan a algo médicos general no más y pasan la pelota, pasan la pelota, por todos lados. También tengo una experiencia cercana hace poco mi papá. Me papá tuvo una herida en un dedo diabético cierto setenta y cuatro años y ahí lo dejaron, lo dejaron, lo dejaron, hasta que se le secó el dedo, se le pudrió, se le secó, tuvieron que arrancárselo, completo y después estuvo sufriendo como cuatro meses en el hospital, que una vez lo llevaban me acuerdo, porque supuestamente le iban a cortar, de aquí, no se de acá (indicando el lugar en su pie). Y ahí estuvo sufriendo de viejo, no daba más, la insulina no sé qué ya no le hacía efecto, y una vez lo llevamos a conce y de allá lo mandaron de vuelta que no tenía una sala que tenían que hacerle antes. Entonces, no sé ahí qué pasará más control, más mano dura, para que se cumplen los procedimientos. (ya perfecto) un ordenamiento no sé. Yo creo que los hospitales se ha politizado

mucho, esa es la verdad. Cuando se politiza, entonces, qué pasa, obedecen a sus partido políticos, con los políticos, y esas personas son inamovibles, te piden licencia, pueden estar todo el año con licencia, entonces no lo puede echar. Yo también a la directora que había le dije la otra vez, igual soy dirigente social y dirigente de la comunidad de la de acá (refiriéndose al sector de Reputo). También le dije oye ¿Qué pasa con esas personas? Piden licencia y no los pueden echar. Por qué esos cupos se están perdiendo esas platas, se están perdiendo. Porque, porque, yo fui funcionario público de CONADI, nueve años en la conadi, le hacen a uno un examen cierto, o supuesto examen que uno está apto para el cargo. (Preventivos) Entonces, si no están aptos para el cargo entonces tienen que incorporar a otra persona que sí va a estar trabajando y esas platas se van a poder ocupar bien, entonces yo creo que es un desorden, más que nada estructural. Entonces te mandan un especialista, o sea o no especialista, médico general, médico general, médico general. No hay maquinaria, no hay la tecnología tampoco, aparte de tecnología, no hay coordinación avanzada y entiendo que debería ser comparado con Concepción, ya. Entonces he tenido la mala experiencia que mi viejo sufrió mucho, al final le cortaron aquí, pero demoraron en cortarle, muchos sufrió mucho mi viejo. Y después ya le costaban aquí (refiriéndose a más arriba de la rodilla). Después le cortaron acá arriba y ahí quedó con su choco.

Pregunta: (Y cuéntame una cosa a tu padre en algún minuto lo derivaron alguna vez al programa de salud mental).

Respuesta: No, igual mi viejo es reacio al hospital, pucha uno gracias a dios uno dice no ha caído mucho al hospital, mi viejo igual era reacio al hospital, la diabetes lo tiene. . . . Hace tiempo ya, es porfiado come sapo y culebra, se lo prohibieron y le da con la harina, con el pan, le da no más.

Pregunta: (Usted cuando tiene algún problema de salud mental acude también a algún agente Mapuche Machi).

Respuesta: Por lo general uno no no no no no acude, el tema mental uno no acude a la Machi por el tema mental no acude. Uno cuando ya está por ser niña, si ya vio hospital, iglesia, ya ahí uno va, (cosas más biológicas que de salud mental) claro ahí uno va donde la Machi, que haga un Datun no sé, Machitun que le llaman, pro ahí uno va a las Machis.

Pregunta: y las personas acuden hartito a ese tipo de atención.

Respuesta: sí. . . (Acá en la comunidad por ejemplo) acá poco, poco, poco, depende de la fe como se dice (ya) en chileno, depende de la fe, algunos tienen más fe en la iglesia, algunos más fe en las Machi cierto, pro acá poco, yo sé que las machis siempre vienen de afuera, personas del norte (ya) vienen acá, a atenderse las Machis, y tienen hartito contacto en las Machis.

Pregunta: (Y cuando se atienden por Machi, por ejemplo, o por Meica o Lawuentuchefe, cuando cuentan en el hospital, como se lo toma el hospital, quien le dicen los profesionales, cuando ustedes le dicen, no es que yo fui a la machi y me dio lawen, cuál es la recepción que tienen los profesionales pensando en que la persona tiene esa fe, que tiene la fe de ir a ese tipo de consulta).

Respuesta: No, yo no teníamos esa, esa cómo te digo, esa enfermedad de ir a una Machi y después ir al hospital, honestamente no he tenido esa experiencia, pero no sé cómo la tomarán. Yo diría igual el tema del conocimiento del Chileno,

el Kimün Mapuche como le decimos nosotros, no tienen Kimün Mapuche obviamente (conocimiento Mapuche), (Claro), y un desconocimiento, no sé si habrá un respeto no sé.

Pregunta: y hacen diferencia entre la atención Mapuche y los chilenos, las atenciones ustedes han visto algunas diferencias porque bueno ustedes son Mapuches, entonces hacen alguna diferencia.

Respuesta: no hemos visto diferencias, no sé,

Pregunta: (o le preguntan cosas o a los profesionales le llama la atención yo me imagino que los profesionales no hay tanto profesional Mapuche atendiendo, en el hospital, o si hay también.

Respuesta: es que en el hospital, yo tengo entendido que hay una unidad de cultura, pero yo creo que esa unidad de cultura no siempre derivan a las personas cuando quieren la atención. (Ya), yo creo eso.

Si es Mapuche la persona, el otro profesional que se está atendiendo chileno se puede decir, a lo mejor no los derivan para allá, no hay como una conexión, entre e sector, lo que significa.

Pregunta: (y que tengan una unidad de salud intercultural que les parece a ustedes cómo lo ven eso, han escuchado de la unidad.

Respuesta: si yo he escuchado pero no he ido nunca. (Y qué es lo que había escuchado de la unidad) solo que había una unidad de interculturalidad (y abe que hacen ellos, a que se dedican, tampoco sabe mucho) tampoco me he metido mucho ahí, entonces no se en que consiste eso ahí.

Pregunta: (Y ustedes cómo piensan que las personas se pudieran acercarse mucho más al área de salud mental, por ejemplo como su hija que estaba muy desanimada, preocupada o por ejemplo alguien que tiene un problema de alcohol, o alguien que en algún minuto se intentó quitar la vida. ¿Cómo piensan que se facilitaría para que esa persona pudiera buscar ayuda?).

Respuesta: Es que yo creo que más de buscar ayuda, es ir donde estas personas o sus grupos o los dirigentes sociales cierto, ir si existen esas esas autoridades de verdad. (Como que el programa se relaciona con la comunidad). Porque la gente no lo hace. La gente no lo va a hacer. Lo que pasó aquí y eso que se estaban acercando acá igual la gente y se pidió el operativo médico.

Pregunta: (y por qué cree que la gente no acude, qué es lo que pasa ahí).

Respuesta: yo creo que podría ser desconfianza (confianza), sería que han tenido malas experiencias como todos.

Pregunta: (Cuénteme, ¿usted me quería decir algo?, No, no me quería decir nada).

Respuesta: diga nomás, hable estamos en confianza. (Usted cómo cree que las personas se acercarían más al hospital, a la atención de salud mental, que cree usted y que podría pasar). Tiene que tener una buena disposición. (De parte de quién), de parte de los funcionarios. (Y por qué, que le ha pasado y con la atención de los funcionarios). Es que yo fui como dos semanas atrás con mi mamá, llegamos a las diez y no atendieron como a las una de la tarde, (en urgencia fue eso), en urgencia. Y también he ido con mi hija, que le dan dolor de cabeza igual he estado toda la tarde, y como a las cuatro ya me la vienen a atender. (qué le pasa a tu hija), le dan dolores de cabeza, y todavía no saben que es, que pasa, de que viene eso, (Y será algún tema de salud mental que tenga

alguna atención), no nada de eso, ella es alegre, pero de repente le dan sus dolor de cabeza y empieza a gritar y se toma la cabeza.

Pregunta: y que el hospital tenga esta orientación que sea intercultural. ¿Qué es lo que les parece eso?

Respuesta: a mí me parece bien, porque he sabido que apoyan hartito, a los enfermos que deciden ver Machi y de ellos hasta los trasladan algunas veces cierto, tienen movilización para trasladar que eso es bueno, es bueno, porque le cuesta trasladar, o cuesta viajar igual a ver una Machi cierto de confianza, o el tem que le mande cierto, entonces Eso es bueno, porque yo he sabido de igual todo un sobrino, igual le lleva el humor, cierto, un machi, y que no tuvo fe la pareja que tenía y no se tomó el Lawuen, o hubiera estado vivo hoy día. Hemos sabido de un joven de veintidós años y el Machi le pilló la enfermedad y el hospital no le pilló la enfermedad, así no más falleció. Entonces, no tuvo ese. . . la pareja que tuvo la niñita no tuvo la fe, que no era Mapuche obviamente, era Chiñurra como decimos nosotros (mujer chilena o argentina no Mapuche) una huinca, chilena no es la misma fe entonces uno igual tiene fe cuando ya no hay como decía delante cuando no hay la solución del hospital ya uno busca una solución con los Machi y también le llevan el humor y esto ellos hicieron todo el tema del nexu y eso es bueno, igual acá estoy apoyando una Machi en Pangucco (refiriéndose a un sector costero) de curiche para allá, igual se entonces igual sé que han ido a buscar Machi que le están enseñando, que se está levantando una chiquitita, diecisiete años de Machi, se está entrenando con Machi fueron al sur a buscar, y fueron furgón, yo creo que es un buen apoyo, gran apoyo porque faltan los recursos en las comunidades como para tener esa locomoción, porque se gasta hartito en ir, el petróleo en el vehículo.

Pregunta: Y esa unidad de salud intercultural le ofrece a las comunidades.

Respuesta: Eso falta, eso falta más difusión, que lleguen acá a las comunidades, que den acá como una demostración de lo que ellos hacen (ya), que pueden hacer porque yo entiendo que es una alternativa barata (ustedes no han tenido una reunión con ellos) no, no, no, yo una estuve cuando era presidente de la comunidad, estuvo la Meli Pillao y parece que estuvo la unidad cultural, así pero como algo general no más, no pu la idea es que esté con las comunidades, la gente, porque nosotros como dirigentes, a veces no tenemos mucha capacidad como para informar todo, porque a veces el público se conforma con que no si tenemos presidente. Pero hay hartas cosas que hacer, entonces uno no es lo mismo, uno igual se le pierde algunas cosas, algunas cosas técnicas, que le puede decir a la gente, no es igual cuando ellos llegan a una comunidad a un territorio y vengán aquí a exponer, que lo que hacen ellos, cuál es la facilidad de la interculturalidad que ellos tienen esto para nuestras comunidades pero acercarse acá, en terreno, porque cuesta que la gente vaya para allá, cuesta aquí nosotros, no hay locomoción colectiva nada, aquí estamos aislados, entonces eso falta yo creo, falta que acerque los territorios, la gente, no tan solo los dirigentes, con la gente. (Ya).

Pregunta: Y la gente como lo recibiría piensan ustedes, que viniera la gente del hospital, que fuera socializando.

Respuesta: Es que se recibe bien (Cómo tendría que ser, para que hubiera una buena recepción), ¿cómo debiera ser la invitación? (o sea como debiera la unidad

de salud intercultural acercarse a la comunidad). No primero al dirigente, (primero al dirigente), al dirigente y el dirigente baja a sus bases la información y se organiza un encuentro. (se organiza un encuentro, o sea a través e un encuentro) claro, un encuentro acá, heeee no sé si se hace algo más grande, difícil igual con un Lonko, un kimche que puede hacer un guillatún, una ceremonia así, pero se puede hacer algo así como reunión Trawün, como estamos reunido aquí cierto, pero en masa (ya) también se puede hacer, eso sería como lo más cómodo para la gente, porque hay harta gente Mapuche que no sabe de Guillatún, de gillitun cierto, de ceremonia y no sé si la vergüenza o el tema evangélico, algunas veces se le acortan a veces (y en este en este sector existen, promover la cultura hacen cosas para poder retomar el tema de la cultura). A veces.

Yo acá cuando era presidente de la comunidad, invitado a la comunidad, traté de hacer unos cursos de chedungun acá, cursos de pali katún, he salido harto a los guillatunes, a los palines, invitamos a la comunidad a todos, pero igual de la comunidad y eso es una radiografía que se da en todos, el lado de las comunidades es un pichintun que (ya), que participan, no hay mucha gente, (ya) que no participa en eso. No sé por qué será.

Pregunta: (Y el tema de la salud mental, como lo ve la comunidad, lo conversan a veces, alguien llega así con un problema, oiga vecino, me pasó tal cosa con mi hijo, con mi ta decaía).

Respuesta: Yo creo que esas conversas como Kütran que le llamamos nosotros, Kütran de una persona a otra como conversa, como conversar al que tiene confianza (ya), al que tiene confianza, como más personal eso, (más personal, pero en general eso no lo conversan, no lo conversan, son temas más personales ya).

Pregunta: (y usted cree que hay una diferencia entre la enfermedad de salud mental del occidente y la enfermedad de la cultura Mapuche, hay enfermedades que se repiten más.

Respuesta: porque el Mapuche como más. . . no demuestra tanto. (Es menos demostrativo personalmente) claro, se guarda más las cosas.

Pregunta: (yo soy el psicólogo del sector azul, y veo mucho en general haciendo como un estudio mucho consumo de alcohol. ¿Usted cree que es por lo mismo?).

Respuesta: Puede ser, puede ser que se cierran las personas con sus problemas, debe ser. (O sea, yo no tengo como un estudio así como estadísticamente, pero uno observa y ve la cantidad de gente que yo he visto por ejemplo en box hay mucho consumo no solamente acá o sea también el pueblo y todo, se ve mucho), es que yo creo eso se encierran en sus problemas tras el alcohol, un tema más cultural igual, que venía de atrás, de sus padres, su abuelo, de compartir de conversar, porque ya cuando toman alcohol y ya comienzan a conversar (claro como que se libera), así claro, entonces puede ser eso, que se está dando mucho, dado mucho el tema del alcohol, hoy en día, yo participo en guillatún, cuando hay poco alcohol y llega poca gente, (o sea cuando hay alcohol la gente llega más) y cuando ve alcohol llega más, igual para una actividad, si no hay alcohol va a llegar poca gente, y si hay alcohol va a llegar harta gente.

Pregunta: (por ejemplo y cómo afecta el alcohol por ejemplo en la cultura o por ejemplo en la ceremonia, o cómo afecta en la familia, qué pasa cuando la gente bebe y se le pasa la mano, por ejemplo, cómo hay afectando el alcohol, lo

conversan la comunidad, las mujeres, por ejemplo, lo hablan entre ellas).

Respuesta: se ve feo porque al menos que cuando llaman los mismos dirigentes a trabajar, primero se curan y después no trabajan, y entonces se ve feo. Nosotras a veces decimos si, si lo llaman a trabajar es a trabajar no ha tomar, no ellos tienen que estar tomando.

Pregunta: (Pero como dice el caballero, puede ser como una forma de expresar más sus sentimiento, de liberarse cuando están en consumo de alcohol) (psicólogo sector azul).

Respuesta: claro eso pasa (dirigente), no seeee (mujer entrevistada), le da más valentía (dirigente) (claro podría ser una explicación más claro, psicólogo sector azul).

Pregunta: (pero por ejemplo afecta que la ceremonia no salió como debía porque había mucho alcohol, no salió como pensábamos que saliera.

Respuesta: Sí, (o por ejemplo que de repente las mujeres dijeron una señora que llegó a la casa el Peñi y me pegó y hubo violencia, se dan situaciones afecta a veces así en ese sentido)

Respuesta: Sí, la ceremonia hoy día sí está afectando harto. Los espíritus los pu lonko se enojan, se enojan, se enojan y el que sale afectado son los Machi. A quien castiga al Machi. Entonces cuando hay alcohol, los espíritus se enojan, un desorden, porque igual no hay un orden, en los guillatunes en todas las ceremonias, hay una estructura, un orden, y si no sale bien ese orden, no salió bien el trabajo, los espíritus se enojan.

Pregunta: y desde la cultura quien es el encargado de llevar el orden ahí a la comunidad.

Respuesta: es que no no, hay distintas cosas (ya) hay una cosa que estaba hablando de la comunidad que sería el Lonko que es el que lleva un orden, pero en las ceremonias, ahí están los Konas (soldados). Los konas son como soldados, no sé, en orden, los Konas siempre hacen el ordenamiento. En los Guillatún, los Curiches, ellos tienen la orden de hacer eso, cualquier cosa que salga mal, si alguien está grabando con un teléfono quitárselo y echarlo al fuego, está permitido. No cualquier cosa, un curiche lo puede sacar de una ramada y lo vota lo vota no más, (y en el caso del alcohol pasa eso también) claro, por ejemplo en los guillatún se están prohibiendo el consumo de alcohol, no es que de nosotros, bueno nosotros igual, pero de arriba nos están mandando. . . No quiere más alcohol, algunas veces hay roces entre Peñis, entre comunidades y es un sitio sagrado dónde se hace el guillatún entonces que hay un roce una pelea, mancha, el sitio sagrado. Entonces por eso dicen que no más alcohol para que no halla problema.

Pregunta: Y ahí, por ejemplo, qué piensa usted, cómo el programa de salud mental podría abordar este tema del alcohol, por ejemplo, o de la violencia también que a veces ocurre, a propósito de cómo se puede acercar el programa, el hospital a la comunidad, cómo pudiera apoyar, ayudar ahí en ese sentido.

Respuesta: es lo mismo que como llegar acá primero con los dirigentes y ahí conversarlo con su gente si ellos quieren ese tipo de ayuda ya, porque a veces la gente no quiere, (Claro) uno llega uno puede mandar hasta un grupo WhatsApp, saben hoy viene un operativo de salud mental y la gente tal vez no va a llegar nadie. Tal vez lo primero es hacer una reunión, conversarlo con la gente primero,

y conversarlo y decirle, y decirle a esa gente que es necesario (como instalarlo primero el tema) claro, (varias conversaciones primero) y después de a poquito para estar presente.

Pregunta psicólogo sector azul: Usted cree que también que el Mapuche es reacio a consumir medicamentos para evitar el consumo de alcohol, porque yo lo veo el ejemplo generalmente cuando van por consumo, los usuarios después no quieren tomar los medicamentos, usted cree que hay algún problema que no los quieren consumir, o no está acostumbrado que cree usted.

Respuesta: yo creo que no los quiere consumir porque los medicamentos para seguir en el alcohol (no hay otra explicación) no no hay otra explicación, (como que la gente no quiere dejar de alcohol, nomás). Claro, sí, una cosa mental, ahí. Porque yo he tenido casos, que le daban las pastillas escondido (si porque nosotros damos medicamentos para el apoyo además de la salud mental, el consumo de pastillas, pero generalmente vemos que no se toman las pastillas, entonces como que es difícil que esta persona salga del consumo alcohol si no existe un tratamiento más bien biológico) claro (y como le afecta a la mujer por ejemplo el tema del consumo alcohol por ejemplo en los hombres que habitualmente se da más, como le afecta en la familia a los hermanos a los padres cómo lo ven usted que les afecta a las mujeres en el tema del consumo?).

Respuesta: al menos yo no lo veo (En su familia no hay gente que bebe así ya. ¿Y en su caso?). mi hermano. (y en su caso, no bebe tampoco) (y usted) si poco (consume poco), yo casi nada (y conoce personas que sean cercanos usted que haya tenido problemas con el alcohol) no (no tiene personas) es que la gente lo ve como normal.

(La gente lo ve como normal. Ah). (Y como el hospital cree usted que pudiera ayudar en eso a apoyar, que a esa gente que lo ve como normal, por ejemplo, ¿Qué cree usted que se podría hacer ahí?). No se puede hacer nada ahí, Que la persona tiene que tocar fondo (Esa es la) (o sea tiene que pasar como algún problema más grave, grave para que deje el consumo, como una enfermedad o algún problema familiar) (o así como que se cayó del caballo, así como que se cayó a una zanja se enfermó diabético cualquier cosa eso no) caro (a eso se refiere como que ahí recién debiera dejar de ya) Es difícil (es difícil) el tema del alcohol.

Pregunta: (Cuáles son los más grandes problemas que han habido por el tema del alcohol) respuesta: Pues muerte, hay hartas muerte acá santa Ángela por alcohol (ya y eso es por peleas), no, porque las personas cirrosis (por cirrosis hepática) no y jóvenes, cabros jóvenes (y aun así no quieren dejar el alcohol) no y familia que casi todas la familia ha muerto por eso y siguen (Claro) no siEs como una descendencia dice usted, como que se va por familia, es que por eso es una costumbre que tienen ya, del convivir, del compartir, acá no son violentos con alcohol, no hay como el antiguo como la persona violenta, ahora no, ahora es un tema que se comparte, y no hay mucha violencia intrafamiliar, como mi papá cuando llegaba curao a pegar a mi mamá, era violento súper violento, cambio.

Pregunta: Pero entiendo que el tema de salud mental parece que en la comunidad no se habla tanto, eso es como lo que entiendo, como que se habla poco, o si se habla, se habla así como más, como con algunas personas en

específico.

Respuesta: (si yo creo que sí. (Y ustedes dicen que la solución sería como instalar más el tema, como conversarlo más. ¿Y por qué no se hablará tanto?).

Respuesta: porque hablan más los puntos más cosas de la comunidad digo yo. Yo creo por vergüenza a lo mejor-

(Porque por ejemplo en población Mapuche, una de las cosas relevantes que se observa en problemas de salud mental, son harto los suicidios, se da harto los suicidios, yo creo que saben de eso que se da harto ahorcamiento o suicidios graves, también se ve el tema del alcohol también un problema de salud mental y también se ve harto o por ejemplo la depresión, hay varios Mapuche que se deprime, claro, pero no se les nota tanto porque consumen alcohol, como que se dan alcohol y la depresión, está como medio de la mano bueno y cosas por ejemplo como en el caso de los niños a propósito de la militarización acá de las situaciones policiales también hay harto problema con los niños, eso también se ha observado harto por eso que a mí me llama la atención como que la comunidad no fuera un requerimiento específico.

Respuesta: es que para acá es una zona tranquila, acá no hay tanto delito, no es como allá como Lleu Lleu, pa Tirúa, No sé si tienen algo más que decir o que comentar porque yo quiero agradecerle su disposición su tiempo ha sido muy valioso todo lo que estamos conversando. Les quiero contar además que, bueno, esta es una entrevista en grupo, pero todo esto que yo le he ido preguntando está anclado o está vinculado con entrevistas que he hecho de forma individual a personas Mapuches para poder conocer su experiencia con el programa de salud mental, con el hospital.

Entonces, que yo ahora acabo de preguntar no son temas así que se me ocurrieron, sino que son temas específicos que las personas han ido resaltando, que tiene que ver con la relación de acción con el hospital, que ha tenido que ver con las diferencias, existen entre la población Mapuche y la chilena, por ejemplo que tiene que ver con la atención de Machi o que por ejemplo habitualmente las personas nos suelen comentar a los profesionales cuando van a la Machi por miedo a que se sientan como cuestionados o ese tipo de cosas y también un poco también evaluar cómo cuánto conocimiento también tienen del tema de salud mental y si lo ven de la misma manera que lo ven la cultura Mapuche o chilena. Esos son los temas que han ido saliendo. Así que quiero agradecerle. No sé si quieren decir algo más. Que faltó.

Respuesta: hoy en día, nuestra gente es el alcohol es el que está el problema, hoy día es la droga (la droga) entonces acá como que se cambió de estatus, ante el alcohol era, estaba en las fiestas, convivencias, hoy día se fueron por la droga, y eso es lo que hay que empezar a prevenir (y qué tipo de droga acá entra, por ejemplo) la marihuana es común, como el cigarro hoy en día (esta normalizado) normalizado y depende de la persona de la mentalidad de la persona, en el tema de la marihuana, es como fumar cigarro, no hacen caso a nada y otro que no que se van en la vola, depende de la persona la mente. Aparte de eso, no sé, la coca, yo creo, la cocaína, la tusi, que le llaman harto (y el acceso acá como como se ve por ejemplo) aquí arriba en Reputo todavía no, (todavía no llega, ya) yo la otra vez vi uno en la noche, yo siempre camino en la noche, viajaba en la noche, veía allá en el camino, camino a Cañete, donde empieza Baeza pa ya, ahía se ganaba

un grupito de jóvenes ahí, hacían y llevaban papelillos y esas cosas, entonces yo creo que igual se está metiendo, (y los dirigentes están preocupados por ese tema, lo conversan) lo que paa que los dirigente no podemos hacer nada, esto es más familiar que hay que atacar, (y las familias comentan, van al dirigente a preguntarle) no, no, el dirigente tampoco no se da. (Como más cerrado ahí) más cerrado, igual que el alcohol, un poco más cerrado, igual los chiquillos que están metido en la droga no obedecen, tampoco si uno le dicen que se atienda en salud mental, tampoco pasa, porque eso es voluntario a la urgencia tiene el hospital, como se llama, corta estadía (Claro, corta estadía).

(Pero hay gente que ha ido pa ya, claro a desintoxicarlo). Yo creo, pero cada vez cae más, eso es lo que está, más que el alcohol, el tema de la droga, los jóvenes como dicen son el futuro y con la droga no van a tener mucho futuro Oiga muchas gracias, muchas gracias. Les quiero pedir que firmen un consentimiento porque parte del proceso de investigación es que accedieron voluntariamente, necesito su firma es posible ya muchas gracias pero se pasaron tremendo.

Anexo N° 8 – Libro de códigos Descripción de categorías.

Categoría	Subcategoría	Descripción
Atenciones	Atenciones interculturales	Relación basada en acciones respetuosas entre el equipo de salud y las personas pertenecientes a pueblos originarios en el proceso de atención de salud mental, basado en el reconocimiento de su cosmovisión ancestral e incorporando adecuaciones técnicas y negociación en el trabajo terapéutico clínico y comunitario. Si bien se desarrolla en un contexto de subordinación, en dónde prima la biomedicina, incorpora atenciones con pertinencia cultural, articulándose con sanadores tradicionales.
	Atenciones hospital	Dinámicas de atención en el contexto del hospital de forma ambulatoria a personas consultantes, sus familias y/o cuidadores en escenarios donde se desarrollan las atenciones de salud mental, incluyen atenciones individuales, acciones preventivas, promoción y trabajo comunitario. Dichas atenciones se desarrollan en un contexto donde prima la biomedicina y no se observa acciones con pertinencia cultural.
	Atenciones Medicina Mapuche	Experiencias sobre prácticas medicinales ancestrales en que participan personas, familias y la comunidad, realizadas por agentes tradicionales Mapuche y contempla, atención por Machi, Lawuentuchefe, entre otros. Prácticas que en el territorio de la provincia de Arauco aún funcionan de forma autónoma al modelo médico hegemónico.
	Atención comunidad	Acciones realizadas por profesionales del hospital o equipos de apoyo territorial que se insertan en las comunidades, para la atención focalizada de situaciones que impliquen mayor complejidad para el bienestar y la salud mental, actividades de promoción y prevención. Si bien se desarrolla en un contexto en dónde prima la biomedicina, incorpora atenciones con pertinencia cultural.

	Atenciones otros Programas del Hospital o externos	Acciones realizadas por profesionales o equipos de otras unidades o programas distintos al de salud mental, que se encuentran fuera o dentro del mismo hospital y que complementan la atención de salud mental de forma integral.
	Estigma y/o discriminación	Actitud negativa hacia una persona o grupo con el fin de insultar, ofender o atacar o someter, justificado por el desprecio, prejuicio y estereotipo aprendido y discriminación se refiere a los comportamientos que resultan de dichas actitudes o suposiciones.
	Espacios de atención e infraestructura	Describe los espacios de atención e infraestructura, entornos donde se desarrolla la atención, sea hospitalarios o en la comunidad.
	Estrategia terapéutica de apoyo	Se refiere a las estrategias terapéuticas utilizadas con usuarios en el programa por el equipo de atención
	Cambio terapéutico	Elementos relacionados a la percepción de un conjunto de cambios constructivos, positivos, de bienestar y avance terapéutico de la persona, la familia o la comunidad, asociado al programa.
	Búsqueda de apoyo	Proceso en que la persona solicita acciones de apoyo emocional y orientación explícita al Prosam, motivado por una problemática de salud mental que no puede ser resuelta de forma individual o sin apoyo profesional en algún momento de su vida.
	Acogida	Recibimiento que han realizado el equipo profesional al consultante.
	Buen trato	Interacciones y prácticas de comunicación basadas en el respeto y la empatía, promoviendo una sana convivencia en distinto contextos
	Apoyo de la comunidad en el proceso de atención	Distintos actores de la comunidad acompañan y apoyan a la persona en su proceso de atención y recuperación.
	Demanda Asistencial	Demanda asociada a un trabajo clínico en box por sobre lo comunitario por el gran número de personas que consultan en

	materia de salud mental.
Política intercultural en salud	Conjunto de acciones que materializan la interacción entre medicinas desde un escenario de igualdad de condiciones o poder.
Pertinencia cultural	Acciones que Implica valorar la diversidad biológica, cultural, social y espiritual del ser humano como factores importantes que influyen en todo proceso de salud y enfermedad.
Hegemonía biomédica	Existe una asimetría de poder entre el profesional médico especialista, otros profesionales no especialistas y el paciente, así como otras profesiones a fines con el modelo biomédico de salud.
Institucionalización	Generación de una estructura de funcionamiento estándar generalizable en la población atendida.

Anexo N° 9 – Procedimiento y carta de aprobación comité de ética provincial Servicio de Salud Arauco.

Carta de recepción "Protocolo de Investigación y Compromiso de Confidencialidad".

Lebu, 11 de julio de 2023

Estimado(a) Investigador(a)

Presente

De mi consideración:

Mediante la presente informo a Ud. que he recibido, Protocolo N° 202301 Titulo: "Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete". El cual queda en poder de la Secretaría del Comité de Ética quien no podrá hacer goce y uso de tal documentación para otros fines que no sean los indicados, quedando estrictamente prohibido su difusión y cualquier comentario al respecto.

Atentamente


DR. VIERA DIAZ ZAPATA
18.11.1954
MÉDICO C. LEVANTADO
PRESIDENTE COMITÉ PROVINCIAL ÉTICA
MÉDICA SERVICIO SALUD ARAUCO

Anexo N° 8 – Procedimiento y carta de aprobación comité de ética provincial Servicio de Salud Arauco.

Acta de Comité "Evaluación de Estudios Clínicos".

Lebu, 16 de agosto de 2023

Resultados

1. Protocolo N°: 202301
- 2.- Estudio Clínico: "Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete".
- 3.- Fecha de Presentación: martes, 11 de julio de 2023

ACTA:

En reunión del Comité de Ética, y analizados los antecedentes del Estudio clínico presentado, se concluye lo siguiente:

Determinación:

APROBADA

DRA. GABRIELA DÍAZ
C.R. 73.912
MÉDICO CIRUJANO

PRESIDENTE COMITÉ PROVINCIAL ÉTICA
MÉDICA SERVICIO SALUD ARAUCO

Anexo N° 8 – Procedimiento y carta de aprobación comité de ética provincial Servicio de Salud Arauco.



Viña del Mar, 11 de julio 2023

Señor

Dr. Nicolás Chomali Esparza

Subdirector Médico Hospital Kalvu Llanka de Cañete

Presente

Referencia: Solicitud de evolución de proyecto de investigación dirigida al Comité Ético Científico.

Junto con saludarlo muy cordialmente, por medio del presente solicito a usted someter a evaluación ante el Comité de Ética el proyecto **"Camino a la Interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental en el hospital Intercultural Kalvu Llanka de Cañete"**. La presente investigación se enmarca dentro del proceso de formación y titulación del programa de Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, impartida por la Facultad de Medicina de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

A continuación se adjunta documentación requerida en el protocolo DP 3.1, Resolución Exenta N° 1776, "Procedimiento Evaluación de Casos de Investigación en Seres Humanos por el Comité Provincial Ético Científico del Servicio Salud Arauco", versión 02, 25 de marzo 2022.

Sin otro particular agradeciendo la atención prestada y quedo atento a su valiosa respuesta.

Atentamente,

Pablo Munizaga Cerda

12. 447. 131 -1

Psicólogo Clínico Especialista en Psicoterapia

Magister (c) Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile