



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE KINESIOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DEL PUEBLO MAPUCHE SOBRE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFANTILES Y LA RELACIÓN
EXISTENTE CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD,
PARTICULARMENTE CON EL KINESIÓLOGO(A) EN CENTROS
ASISTENCIALES DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA
DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.**

Tesis para optar al Grado de

Licenciado en Kinesiología

AUTORES

JUAN F. NEIRA V.

BENJAMIN E. RUIZ P.

Temuco, 2012



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE KINESIOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DEL PUEBLO MAPUCHE SOBRE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFANTILES Y LA RELACIÓN
EXISTENTE CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD,
PARTICULARMENTE CON EL KINESIÓLOGO(A) EN CENTROS
ASISTENCIALES DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA
DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.**

Tesis para optar al Grado de

Licenciado en Kinesiología

AUTORES

JUAN F. NEIRA V.

BENJAMIN E. RUIZ P.

PROFESOR GUÍA

KLGA. PAMELA SERÓN

Temuco, 2012

**PERCEPCIÓN DEL PUEBLO MAPUCHE SOBRE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFANTILES Y LA RELACIÓN
EXISTENTE CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD,
PARTICULARMENTE CON EL KINESIÓLOGO(A) DE LOS
CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA
ARAUCANÍA**

**PŬ MAPUCHE ÑI RAKIZŬAM TI NEJŬN KŬTRAN PICHİ CHE MU KA
EKŬGUN TI LAWENCHE WELU ZOY MUTANFECHE TI ZUGU TI
LAWENRUKA TUFA MAPU IX REGİÓN MEW**

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por su ayuda y fortaleza, como también, por permitirnos el realizar este gran desafío.

A nuestras familias por su amor y apoyo incondicional, sin la cual no hubiésemos alcanzado nuestro objetivo.

A nuestra Profesora Guía, Sra. Pamela Serón, por creer en nosotros, por sus palabras su dedicación, sus criticas y cada una de sus recomendaciones que han hecho de esto, un gran trabajo.

Agradecemos a nuestra profesora Lorena O'ryan, por acompañarnos en trabajo de campo y darnos a conocer parte de su experiencia. Gracias por sus colaciones y sus ricos alfajores a través de las carreteras.

A las profesoras Sra. Ana María Alarcón, Sra Jossiana Rovinovich, Sra. Gissella Fétis por su colaboración en el estudio.

Agradecemos además, a Sr. Francisco Pérez y, Sra. Araceli Caro por darnos a conocer parte de su experiencia en el trabajo con la población mapuche y guiarnos en cómo abordala, como también, a la Sra. Evelyn Mardones y Sra Yochavel Millahual, coordinadores de OPD Pucón, quienes nos permitieron realizar actividades en sus dependencias.

Agradecemos a Leopoldo Ancamil, Maggida Hernandez, Roger Ancamil, Paloma Crisóstomo y Patricia Poblete, por permitirnos acceder a las comunidades mapuches y desarrollar nuestra investigación.

A nuestras compañeras y amigas, Fabiola, Carol, Fernanda, Lidia, Francisca, Fabi Barra y nuestra queridísima nona, quienes con su carisma y respeto nos apoyaron y se hicieron parte de nuestra vida.

Y en forma muy especial, agradecemos a la población mapuche de las distintas comunidades indígenas quienes nos recibieron y nos transmitieron parte de su saber, con la finalidad de dar a conocer su patrimonio cultural.

Juan Fernando Neira V. Y Benjamín Ruiz P.

“Somos tierra, y a la Pacha mama volveremos”...

Enrique Callule

Comunidad de Nilpe

Resumen

Introducción: El presente trabajo tiene por objetivo conocer la percepción del pueblo Mapuche sobre las enfermedades respiratorias infantiles, etiología, tratamiento y la relación existente con los profesionales de la salud, particularmente con el kinesiólogo(a) de los centros asistenciales de las comunas de Temuco, Padre Las Casas, Galvarino, Nueva Imperial y Pucón.

Sujeto y método: Mediante un diseño cualitativo descriptivo de casos múltiples, se lleva a cabo dos grupos focales, y ocho entrevistas individuales focalizadas semiestructuradas a madres y padres pertenecientes a comunidades indígenas de La Araucanía e informantes claves en el tema. **Resultados:** Se describe las percepciones de las enfermedades respiratorias infantiles, las cuales dependen de la comunidad indígena, de factores sociales como también, el acercamiento a centros asistenciales de salud. Los resultados se presentan en tres familias las cuales son: Percepción de enfermedades respiratorias infantiles, itinerario terapéutico de la población mapuche y percepción de atención clínica. **Conclusiones:** Las percepciones que la población mapuche tiene sobre las enfermedades respiratorias infantiles, varían de acuerdo al sector de la comunidad indígena en la que se indague, como también, la cercanía a los centros asistenciales de salud que tenga la comunidad en particular.

Palabras claves: Percepción, enfermedades respiratorias Infantiles, Población Mapuche, Itinerario terapéutico.

Índice

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

1.0 Marco teórico.....	5
1.1 Enfermedades respiratorias.....	5
1.1.1 Enfermedad respiratoria aguda.....	5
1.1.1.1 Síndrome bronquial obstructivo.....	10
1.1.1.2 Neumonía.....	13
1.2 Población Mapuche.....	16
1.2.1 Pueblo Indígena.....	16
1.2.2 Etnia mapuche.....	18
1.2.3 Sistema médico mapuche.....	20
1.2.3.1 Concepto mapuche de salud-enfermedad.....	23
1.2.4 Enfermedad respiratoria.....	25
1.2.5 Agentes de salud mapuche.....	26

CAPITULO II

2.0 Revisión bibliográfica.....	29
2.1 Estrategias de búsqueda.....	29

2.1.1 Fuente de búsqueda.....	29
2.2 Análisis crítico de la literatura.....	33

CAPITULO III

3.0 Metodología.....	41
3.1 Pregunta de investigación.....	41
3.2 Justificación.....	41
3.3 Objetivo general.....	44
3.4 Objetivos específicos.....	44
3.5 Diseño.....	45
3.6 Población diana.....	46
3.7 Población accesible.....	46
3.8 Muestra.....	47
3.8.1 Criterios de inclusión.....	48
3.8.2 Criterios de exclusión.....	48
3.8.3 Criterios de inclusión para informantes expertos.....	48
3.8.4 Criterios de exclusión para informantes expertos.....	48
3.9 Métodos de recolección de datos.....	49

3.10 Análisis de datos.....	52
-----------------------------	----

CAPITULO IV

4.0 Administración.....	54
-------------------------	----

CAPITULO V

5.0 Consideraciones éticas.....	56
---------------------------------	----

5.1 Carta Gantt.....	58
----------------------	----

CAPITULO VI

6.0 Resultados.....	59
---------------------	----

6.0.1 Percepción de Enfermedades Respiratorias Infantiles.....	62
--	----

6.0.2 Itinerario terapéutico de la población mapuche.....	67
---	----

6.0.3 Percepción de atención clínica.....	71
---	----

CAPITULO VII

7.0 Discusión.....	76
--------------------	----

7.1 Conclusión.....	81
---------------------	----

CAPITULO VIII

8.0 Bibliografía.....	83
-----------------------	----

8.1 Anexos.....	90
-----------------	----

Índice

Tablas

Tabla 1: Score de tal.....	12
Tabla 2: Sistema de salud de la región de La Araucanía.....	22
Tabla 3: Vocabulario en mapudungun de términos clínicos.....	26
Tabla 4: Tipos de Intervención del Entrevistador.....	50
Tabla 5: Recursos.....	55
Tabla 6: Comunidades Indígenas.....	60

Índice

Figuras

Figura 1: Cosmovisión mapuche.....	20
Figura 2: Percepción de enfermedades respiratorias infantiles.....	62
Figura 3: Itinerario terapéutico de la población mapuche.....	67
Figura 4: Percepción de atención clínica.....	71
Figura 5: Familias y categorías.....	75

Introducción// Uneluzugü

Como en la gran mayoría de los países latinoamericanos la realidad sociocultural de Chile es pluriétnica, conformada mayoritariamente por elementos europeos (inicialmente por el grupo hispano, luego por diversas oleadas de colonización, llegadas también desde Europa), y en menor medida por grupos nativos: Aymara, Pascuense, Mapuche y Alacalufe. Entre los grupos étnicos que habitaban originalmente el territorio chileno, los mapuches han sido y siguen siendo el grupo de mayor importancia numérica y el que ha sufrido un mayor número de medidas legislativas, militares, políticas y socioeconómicas en el desarrollo histórico de la nación ⁽¹⁾.

Tüfa mapu, latinoamerica pigelü müly alün fill pü che, ka chile mew. Tufachy chile fante pü ti che zoy huincaukelerkigun nin mogen mew. unelumu müly jetün europa mongen fey mew alün che tripay (unen Tufachy che tripaygün europa mew ka inan akuligün alün che weza newen mew). Ka pichili, Kuifuitu mogen che müley, kiñeke aymara, pigelu, ka pascuense, ka alakalufe ka fill ke che, ka müly mapuche.

May kompu che mulelu kuifuitu mew tamu mapu chile pigelü ta tüfa mapuche zoy alün che müley chile mew, welu ka fewla weñankaletuy feyta huinca nutüy mapü, akulüwy tüfa fey ti jetün mongen kiñeke mew weza jetün, rüpal antü mew. ⁽¹⁾.

En el estudio de la medicina mapuche no se cuenta con fuentes propiamente indígenas. Esto es lo contrario de lo que acontece con otros grupos indígenas latinoamericanos. Todas las descripciones son hechas por españoles y están sesgadas por la distancia cultural que existía entre ambos

pueblos e influenciadas por la cosmovisión castellana de los siglos XVI y XVII, que a su vez se hallaba fuertemente determinada por el mesianismo judeo-cristiano y el individualismo del hombre renacentista. La visión mística de los sistemas indígenas, en cambio han sido definidas como: "...la creencia de infinidad de espíritus esparcidos por la naturaleza" ⁽¹⁾. En cambio, dentro de la visión occidental se encuentra definida la salud por medio de la Organización Mundial De La Salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" ⁽²⁾. Esta definición entró en vigencia el 7 de abril de 1948 y hasta la fecha ha permanecido sin modificación alguna.

Tufachi lawentual mew taty mulelay wirintuzü rükülual, chilkatuküwe mew ñi mapuche zugü. Fey mew kaletüy ta zugü kakelu pü che latinoamerica pingiü huinca zugü mew, müley wirintuzügu. Köm taty wirintuzügu mulelü ta zeumay ta huinca, fey mew ta rüme kamapuletuy wüchürkeley ta zugü, fey mew ta rüme huincaukleyta zugü kuifi huinca ngütram, fey mew ta rüme rüpülewey ta mesianismo judeo cristano pigelumü, ka kizütu mew pu che renecantista. welu taty mapuche zugü mew ta ti "troy feyentukeingün fillke püllü mulelu ta mongüen mapu mew"(1) Welu ta huinca mongüen mew ta ty troy organización mundial de la salud pigelü fey ta "küme kalül, ka küme zuam lonko, ka kümeleal ta che, genoal kutran mten pilay"(2) Tüfachy zugu ta kony regle konlü ta abril 1948 tripantu mew. Fey ta chy zugu petu muley.

Es Importante recalcar que muchas de las comunidades mapuches se encuentran asentadas en zonas rurales y viven en situación de pobreza, otorgándoles una condición de vulnerabilidad ante las infecciones respiratorias, principalmente a la población Infantil ⁽³⁾.

Kiñeke lof mapü muleygün weza mogentuleigün feita ngillelaigun kullin ka kume muleltualngelay femechi nutüigün kürtan nejün, zoy pichike che unelumu nutüigün feyty kütran⁽³⁾.

Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte en nuestro país luego de las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos⁽⁴⁾.

Tufachy Kütran nüllen külagelü ñi jetüal ti che ta latual. Tufachi chile mew, Unelumu müly piüke kütran ka fillke weza moncol kalul kütra⁽⁴⁾.

En La Araucanía, el Instituto Nacional de Estadísticas (2003) jerarquiza las causas de muerte en orden descendente de la siguiente manera: en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio con un 26%. En segundo lugar determina a las enfermedades tumorales malignas con un 22%, en tercer lugar con un 9% se encuentran los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados. En cuarto lugar se encuentran las causas externas de morbilidad y mortalidad con un 10% y en quinto lugar se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio con un 9%⁽⁵⁾.

Araucania mapu mew ti INE (2003) uneltuy la zugu mew tufachy mew: unelumu mew muley ta ti kütran molfün fay ta 26%. Inalelü müley ta weda kütran moncol kalul 22% ka külagelu tati müli ta fill pu kütran. Ka meligelu müley ta ka ke fillke latün zugü 10% jemay kechuinan muley ti kütran nüjen 9% jemay⁽⁵⁾.

Como causa mayoritaria de las defunciones por motivo de enfermedades respiratorias se encuentra la Neumonía por Agente No Especificado (NANE), es la primera causa aislada de muerte respiratoria en ambos sexos con un 64%,

seguida de enfermedades respiratorias crónicas que originan un 30% de las defunciones ⁽⁵⁾.

Feychi zugü mu la mew, fill kütran toxi müleyta ta chafo rüle egu chem no rume tripay (NANE) ti mulekey kiñeke la nellen weza zugü jemay, wentrü ka zomo egü 64% inatuly ta müley zoy weza nejün kütran nilley 30% ti la jemay ⁽⁵⁾.

En base a esta información y a las actuales políticas de salud intercultural nos planteamos la necesidad de conocer a mayor profundidad la visión de las enfermedades respiratorias infantiles propias de la cultura mapuche, con el fin de proveer mayor evidencia para generar una mejor relación entre ambos sistemas de salud.

Tufachy zugü mew ka felekey fewla unelutuy lawenlutüy epü molfün ñi kimün piley gүн ta ka chilkatuleafuy ponwitumu ti chem pileymi ti mapuche kimün pichike che nejün kütran ta ti. Fey mu may muley ti feychi zugü mew ka femechy müleay küme llamuwün epuymplüe ti lawentün zugü

Traducido al Mapudungun por:

Patricia Poblete, Mawun Likan y Antonio Likankeo (2012)

CAPITULO I

1.0 Marco teórico

En la actualidad, tanto en la población mapuche como en la no mapuche, las enfermedades respiratorias son la principal causa de consulta médica pediátrica en nuestra región, para lo cual es necesario conocer la génesis de esta, sus principales causas como también los diversos factores de riesgo para un mayor análisis de esta problemática.

1.1 Enfermedades Respiratorias

1.1.1 Enfermedad respiratoria aguda.

Se define la enfermedad respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre ⁽⁶⁾.

Las infecciones respiratorias agudas se pueden clasificar en altas y bajas dependiendo de la localización de las estructuras anatómicas afectadas.

Se consideran como enfermedades respiratorias agudas altas las siguientes afecciones:

- Resfrió común

- Faringoamigdalitis
- Otitis media
- Entre otras.

Las enfermedades respiratorias agudas bajas son las siguientes afecciones⁽⁷⁾:

- Laringitis obstructiva
- Bronquitis obstructiva
- Neumonía
- Bronconeumonía.

Epidemiología

En nuestro país, las infecciones respiratorias agudas (IRA), constituyen la principal causa de hospitalización en pediatría, y de consulta de morbilidad pediátrica en el nivel primario de atención y en los servicios de urgencia hospitalarios (media anual 62%, rango 80% en invierno y 45% en verano).

La incidencia de las IRA oscila entre 3 a 6 episodios por niño cada año, disminuyendo claramente con la edad⁽⁸⁾.

La norma técnica para el manejo de enfermedades respiratorias infantiles (2003), determina que “las infecciones respiratorias agudas (IRA) del niño constituyen un problema de gran relevancia epidemiológica, por lo cual el Ministerio de Salud las considera una prioridad técnica y de política sanitaria, en todo el país⁽⁸⁾.

En Chile, la Neumonía es la principal causa de mortalidad infantil tardía (aproximadamente un 2,1%) ⁽⁸⁾ y aunque esta cifra va en progresivo descenso, cerca de la mitad de estos decesos ocurren ya sea en el domicilio del lactante o en el trayecto hacia el centro asistencial ⁽⁹⁾. Las muertes por neumonía muchas veces ocurren por no acceder a una atención médica oportuna ⁽⁷⁾. El Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) representa por si solo el 23% de todas las consultas de morbilidad pediátrica en Santiago de Chile y afecta a la cuarta parte de todos los niños menores de 1 año. Sin embargo, la mayoría de las infecciones respiratorias agudas corresponden a IRAs altas (resfrió común, faringitis, otitis media aguda, etc.) que se resuelven en forma ambulatoria y sin mayores complicaciones ⁽⁷⁾.

También podemos clasificar las enfermedades respiratorias en agudas y crónicas; corresponden a esta clasificación en el primer caso la Bronquitis, la bronquiolitis, las neumopatías y los problemas de la ventilación debidos a atelectasias. En el caso de las enfermedades respiratorias crónicas se pueden mencionar asma, fibrosis quística, bronquiectasias, abscesos, sobreinfecciones recidivantes relacionadas con anomalías localizadas o difusas, congénitas o adquiridas, como el déficit inmunitario, síndrome de inmovilidad ciliar y enfermedades alérgicas ⁽¹⁰⁾.

Etiología de enfermedades respiratorias agudas.

En los países en vía de desarrollo la etiología bacteriana es la más frecuente, a diferencia de los países con mayor desarrollo en los que los virus constituyen la etiología predominante.

Respecto de etiología viral, las IRAs bajas se deben a cuatro grupos de virus: Virus Sincicial (VRS), Adenovirus (ADV), Influenza (I) A y B y Parainfluenza (PI) 1, 2,3 ⁽¹¹⁾.

En el caso de la etiología bacteriana los principales agentes son: Streptococcus Betahemolítico grupo B y Gram (-) durante el periodo neonatal, Streptococcus Pneumoniae y Haemophilus Influenzae en la edad del lactante y Streptococcus Pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae en la edad preescolar y escolar ⁽⁷⁾.

Virus Respiratorio Sincicial:

Es el virus que se presenta con más frecuencia durante el invierno, produciendo patología respiratoria alta y baja, mayoritariamente resfrío común, bronquiolitis y SBO, pero también neumonías, representando la primera causa de hospitalización por IRA baja ⁽⁷⁾.

Diversos indicadores epidemiológicos demuestran una elevada morbimortalidad en niños menores de 5 años. La infección respiratoria aguda baja por virus respiratorio sincicial se presenta generalmente como una bronquiolitis. En los últimos años se ha descrito un nuevo agente responsable de este cuadro clínico, el metapneumovirus humano. La gravedad puede depender del huésped, del virus y/o del ambiente ⁽¹²⁾.

Adenovirus:

Es un agente infeccioso que provoca neumonías muy graves, con una alta letalidad y entre los sobrevivientes deja un alto porcentaje de secuelas graves, en algunos casos insuficiencia respiratoria crónica oxígeno-dependiente, contribuyendo con la mayor parte de los niños usuarios de los programas de oxígeno-domiciliario ⁽⁷⁾.

Las infecciones por ADV ocurren primariamente en niños menores de cinco años y dan cuenta del 2 a 5% de las infecciones respiratorias pediátricas y 4 a 10% de las neumonías. La severidad de estas infecciones dependerá del serotipo infectante y características propias del huésped tales como la edad, sistema inmunológico, factores socioeconómicos y factores ambientales ⁽¹³⁾.

Influenza:

La influenza se presenta en forma epidémica entre el otoño y la primavera y afecta preferentemente a niños de edad preescolar y escolar como también a adultos ⁽⁸⁾. Es producida por un virus de la familia de los Orthomyxoviridae y ha sido la causa de grandes pandemias en el siglo pasado ⁽¹⁴⁾.

Según Fielbaum, (1997), existen cuatro tipos de virus de influenza, estos son ⁽⁷⁾:

- Virus influenza A
- Virus Influenza B

- Virus Influenza C
- Thogotovirus.

Parainfluenza:

El virus parainfluenza produce episodios de laringitis obstructiva y de IRA baja clínicamente indistinguibles de las causadas por otras etiologías (7).

Se detallan a continuación generalidades en relación, a las enfermedades respiratorias infantiles prevalentes.

1.1.1.1 Síndrome Bronquial Obstructivo

Definición

El síndrome bronquial obstructivo se define como el conjunto de características clínicas generadas por la obstrucción de las vías respiratorias ⁽¹⁵⁾.

Etiología

Sus principales agentes causales son Parainfluenza, VRS, Rinovirus, Influenza y excepcionalmente Mycoplasma ⁽⁸⁾.

Factores de Riesgo

Estos se pueden dividir en endógenos y exógenos ⁽¹⁶⁾:

FF.RR Endógenos:

- Sexo masculino
- Características de vías respiratorias (diámetro pequeño)
- Prematuridad
- Hiperreactividad bronquial
- Antecedentes hereditarios de Asma bronquial
- Entre otros.

FF.RR Exógenos:

- exposición a infección viral
- Contaminación intradomiciliaria
- Temperatura ambiental baja
- Nivel socioeconómico o cultural bajo
- Lactancia materna insuficiente
- Entre otros.

Manifestaciones Clínicas

Los síntomas y signos fundamentales son: tos, espiración prolongada y sibilancias. Estos signos corresponden a una variedad de patologías respiratorias ⁽¹⁵⁾, como también la presencia de tiraje la cual se define como

retracción de la pared torácica debido a una disminución de la elasticidad pulmonar (17).

Existe además un test diagnóstico denominado Score de Tal, el cual permite evaluar la gravedad del episodio agudo que padece el infante.

Este instrumento evalúa la frecuencia cardíaca , tanto para menores de seis meses como para mayores de seis meses, sibilancias, cianosis y retracciones costales, otorgándole puntaje de acuerdo a los hallazgos por parte del clínico tratante.

Tabla 1: score de tal

Puntaje	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción
	< 6 meses	> 6 meses			
0	< 40	< 30	NO	NO	NO
1	41-55	31-45	Fin de espiración Con fonendoscopio	Perioral al llorar	(+) Subcostal
2	56-70	46-60	Esp. E Ins C/ fonendoscopio	Perioral en Reposo	(++)
3	>70	>60	Audibles a distancia	Generalizada en Reposo	(+++)

Fuente : Guía Clínica , Minsal ,2005 ⁽¹⁸⁾

1.1.1.2 Neumonía

Definición

La neumonía es la principal infección de las vías respiratorias inferiores, con características mucho más graves que la mayoría de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores⁽¹⁹⁾.

Según E. Cruz Mena (1999), la neumonía es una afección inflamatoria aguda de origen infeccioso que compromete el territorio alveolar⁽²⁰⁾. Definición que se complementa con la entregada por Fielbaum y Herrera (1997), quien la define de la siguiente manera “Inflamación de tipo infecciosa del parénquima pulmonar con compromiso de grado variable de alveolos, intersticio y vía aérea pequeña, que puede afectar desde un segmento hasta un pulmón completo”⁽⁷⁾.

Este último autor, recalca la importancia de la nomenclatura y determina lo siguiente:

- Neumonía: Compromiso alveolar bien focalizado; segmentario, lobar o pulmonar total.
- Bronconeumonía: compromiso alveolar de distribución parcelar, difusa y frecuentemente bilateral.
- Neumonía adquirida en la comunidad (Nac): sus manifestaciones clínicas se inician en el ambiente extrahospitalario.
- Neumonía nosocomial: sus manifestaciones clínicas se presentan después de las 72 horas, del ingreso al hospital.
- Neumonía atípica: sus manifestaciones clínicas y radiológicas se apartan de lo esperado para los agentes bacterianos clásicos⁽⁷⁾.

La neumonía bacteriana es mucho menos frecuente que la infección respiratoria baja viral ⁽¹¹⁾.

Fisiopatología

La neumonía se origina cuando los mecanismos de defensa del huésped son insuficientes para proteger a los pulmones contra una amenaza de infección.

Las fuentes de bacterias pueden ser endógenas o exógenas. Los microorganismos pueden ingresar a los pulmones por cualquiera de las cuatro vías: micro aspiración, inhalación, por el torrente sanguíneo o por extensión directa.

Esta enfermedad comienza con una infección en los alveolos; inflamándose la membrana pulmonar y haciéndose porosa, de esta manera, líquido e incluso células tanto eritrocitos como leucocitos escapan de la sangre hacia los alveolos. Propagándose la infección por extensión de las bacterias o de los virus de unos alveolos a otros ⁽²¹⁾.

Agentes Causales

Existen muchos agentes capaces de causar neumonías. Se comprende que la etiología de las neumonías depende no solo de la presencia de un germen, sino que también, de las condiciones del paciente y las circunstancias epidemiológicas, todo lo cual se emplea en clínica para la toma de decisiones⁽²⁰⁾.

La etiología predominante de las neumonías varía con la edad del paciente⁽²²⁾.

En el recién nacido son las bacterias las principales causantes de neumonía, en especial el *Streptococcus agalactiae* y *Enterobacterias*, principalmente *Escherichia coli*.

En cambio en lactantes alrededor del 70% de las neumonías son virales, siendo el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) el principal agente etiológico en frecuencia y adenovirus (ADV) en gravedad, además del virus influenza y parainfluenza.

El 30% de las neumonías del lactante son bacterianas, siendo los principales agentes el *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.

En el preescolar y escolar son las bacterias la etiología más frecuente, apareciendo *Mycoplasma Pneumoniae* en muchas series como el de mayor prevalencia después del Neumococo⁽⁷⁾.

En adultos menores de 60 años, los principales agentes causales corresponden a *Streptococcus Pneumoniae*, *Mycoplasma Pneumoniae*, virus

respiratorios, chlamydia pneumoniae, entre otros agentes, llegando a la acción patógena de la especie de legionella⁽²³⁾.

Sin embargo, en el 40 a 60 % de los casos de neumonía tanto en población infantil como en población adulta, no es posible diagnosticar el agente causal de la neumonía⁽¹⁷⁾

Factores de Riesgo.

Existen diversos factores de riesgo que predisponen al niño a padecer de neumonía, entre los que podemos citar el bajo peso al momento de nacer, desnutrición, lactancia materna inferior a tres meses, inmunodeficiencias, enfermedades crónicas asociadas y sexo masculino⁽²²⁾.

La malnutrición, la contaminación atmosférica, el hacinamiento y la ubicación en colectividades, guarderías y escolaridad, se determinan como factores predisponentes para la aparición de estas enfermedades respiratorias⁽¹⁰⁾.

1.2 Población Mapuche

1.2.1 Pueblo indígena

El convenio 169 de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales de países independientes, manifiesta en su artículo 1 que un pueblo será considerado indígena por el hecho de descender de

poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. Además, la conciencia de su identidad indígena o tribal se considera un criterio fundamental para determinar los grupos ⁽²⁴⁾.

En Chile, según la ley indígena N° 19.253, se señala que el estado reconoce por comunidad indígena, toda agrupación de personas pertenecientes a una misma etnia indígena y que se encuentren en una o más de las siguientes situaciones: provengan de un mismo tronco familiar, reconozcan una jefatura tradicional, posean o hayan poseído tierras indígenas en común, provengan de un mismo poblado antiguo ⁽²⁵⁾. Según esta misma ley se considera indígenas a las personas de nacionalidad chilena que se encuentren en los siguientes casos: que sean hijos de padre o madre indígena, incluyendo hijos adoptivos; los descendientes de las etnias indígenas que habitan el territorio nacional siempre que posean a lo menos un apellido indígena; los que mantengan rasgos culturales de alguna etnia indígena, entendiéndose por tales la práctica de formas de vida, costumbres o religión de estas etnias de un modo habitual o cuyo cónyuge sea indígena. En estos casos, será necesario, además, que se auto identifiquen como indígenas ⁽²⁵⁾.

1.2.2 Etnia mapuche

Lo que define esencialmente a un grupo étnico no es solo su característica racial, sino básicamente su aspecto e idiosincrasia social y cultural ⁽²⁶⁾. En Chile se reconoce que los indígenas son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias, siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura ⁽²⁵⁾.

Dentro de las principales etnias indígenas de Chile se encuentran:

- Mapuche
- Aimara
- Rapa Nui o Pascuenses
- Comunidades Atacameñas
- Quechuas
- Collas
- Diaguita
- Kawashkar o Alacalufe
- Yámana o Yagán

Según datos estadísticos del censo del año 2002, en Chile, el 4,6% de la población dijo pertenecer a uno de los ocho pueblos considerados en la ley indígena, de los cuales el pueblo mapuche representa 87,3% del total de los indígenas (604.349 personas)(5), distribuidos a lo largo de todo el país, aunque concentrándose de manera primordial en las regiones de la Araucanía (33,6 %), Metropolitana (30,3 %), Los Lagos (10,0%), Bío Bío (8,8%), y Los Ríos (6,6%) ⁽²⁷⁾.

Dentro de los antecedentes históricos se describe que antes de la llegada de los españoles, los mapuches ocupaban un extenso territorio de la parte sur de América ⁽²⁸⁾. El principal pueblo indígena que habitaba el sur de Chile eran los mapuches, que en mapudungun quiere decir gente de la tierra. El límite norte estaba dado por el Imperio Inca, pero dada la belicosidad de los mapuches, los incas no habían podido someterlos como parte de su imperio ⁽³⁾. El pueblo mapuche, originalmente vivía en comunidades en las zonas central de Chile, pampeana argentina y patagónica. ⁽²⁹⁾. El espacio definido culturalmente como el territorio mapuche se le denomina Wall Mapu. Los mapuches se ubican en el winkul (cerro) más alto y apuntan su dedo donde sale el antv (sol) y apuntando giran de modo circular hacia la izquierda hasta completar la vuelta completa, giro en 360° que representa el sol ⁽⁶⁾. Este giro está representado en todos los bailes mapuches y está presente en la parte superior del cultrún. El universo mapuche se compone de tres dimensiones:

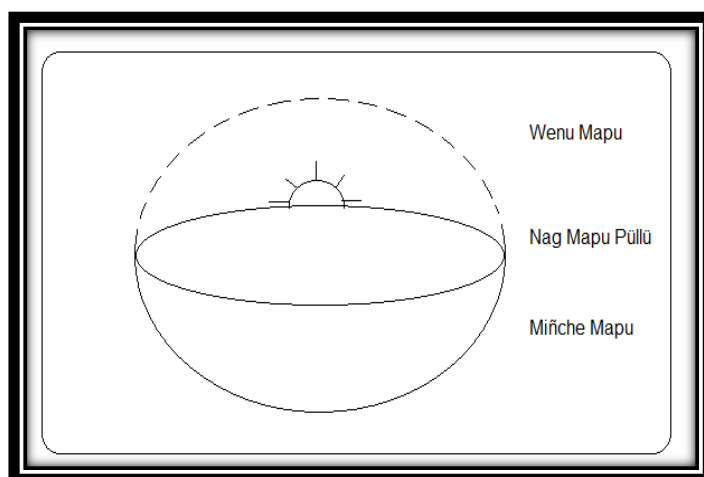
Wenu Mapu (tierra de arriba): Este espacio es el küme newen o fuerzas del bien. En tal sentido es un espacio sagrado que allí habitan la familia divina, los antepasados y los espíritus del bien.

Nag Mapu (tierra de abajo): Lugar donde se desenvuelve la vida cotidiana mapuche, es también el escenario de los conflictos del bien y el mal ⁽¹⁾.

Minche mapu (debajo de la tierra): Corresponde al espacio que se encuentra debajo de la superficie de la tierra (Nag Mapu). Aquí se ubica el agua, los minerales y las fuerzas que lo gobiernan, también se encuentran las fuerzas espirituales denominadas Kofkece las que, según versiones de los

ancianos mapuches, protegen e interactúan con los distintos elementos vivos, se vinculan con aquellos elementos que se producen en la tierra ⁽⁶⁾.

Figura 1: Cosmovisión mapuche



Fuente: Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche, MINSAL, 2009.

1.2.3 Sistema médico mapuche

Según Oyarce A e Ibacache J. (1992) “Por sistema médico mapuche entendemos la organización de todas las acciones, roles, creencias y prácticas efectuadas ancestralmente por ellos, para recuperar la salud y mantener la vida” ⁽³⁰⁾.

Sistema médico de los pueblos originarios, se entenderá como un conjunto de conocimientos, prácticas, tecnologías y especialistas fundamentados en la sabiduría ancestral comunitaria, organizados sobre una particular cosmovisión del mundo y legitimados por sus propias comunidades.

Los conocimientos y prácticas de las comunidades indígenas en salud constituyen parte del patrimonio cultural de los pueblos indígenas, y su protección y reconocimiento han estado presentes en las demandas tanto sectoriales como generales que han formulado en las distintas instancias de diálogo con el estado ⁽³¹⁾.

El lawentuwun es el sistema de salud mapuche. Este se basa en ceremonias religiosas, cuyas normas permiten la comprensión de las enfermedades, su significado, origen y tratamiento ⁽⁶⁾.

En nuestro país, coexisten 3 sistemas médicos: dos tradicionales- el mapuche y popular- y el científico, académico u oficial ⁽¹⁾.

El origen del sistema mapuche es único y ancestral, sin que eso signifique que actualmente no se den prácticas combinadas con la medicina popular. Es un sistema personalístico, puesto que se supone que los agentes etiológicos tienen la “intención” de enfermar a la persona; las enfermedades mapuches son las que se producen por romper el equilibrio existente entre las fuerzas sobrenaturales, la sociedad y el individuo. Dentro de estas distinguimos básicamente 3 principios etiológicos, los que a su vez llevan a distintas clasificaciones de enfermedades: las Wenu kutran o kastigo kutran, que son enviadas directamente por fuerzas divinas, las weküfü kutran que son producidas por algún poder o fuerza maligna y las kalku kutra que son causadas por un brujo ⁽³⁰⁾. En el siguiente cuadro se presentan los tres sistemas de salud que coexisten en la región de La Araucanía:

Tabla 2: Sistema de Salud de la región de La Araucanía

CARACTERÍSTICAS	MEDICINA TRADICIONAL		MEDICINA OFICIAL O CIENTIFICA
	INDIGENA MAPUCHE	POPULAR	
TIPO DE SISTEMA	PERSONALISTICO	NATURALISMO PERSONALISTICO	NATURALISTICO
Tipos de enfermedades que diagnostican según causas	a) Weda Kutran Mágico religiosa Wenu kutran Machi kutran Kastigo kutran Konün Kalku kutran Weküfü kutran Witranalwe Anchimallen Chefure Piwuchen Mewlen Wayllipeñ Sumpall b)Rekutran Naturales Fonwa: tos chafo:resfrio chidma: enfermedades de los órganos sexuales. komantü: insolación.	a)Naturales Espasmos, aire sobrepardo, espasmo b)Mágica susto, mal de ojo pérdida del alma	TBC, diabetes mellitis, anemia, cáncer, asma, desnutrición, sida, otras.
Especialistas	Machi Lawenfe	Curanderos, yerbateros, meicos, componedores, parteras, curiosas, santiguadores.	Médicos, enfermeras, Matronas, Nutricionistas, kinesiólogos, dentistas.

Fuente: Oyarce, 1992. Mapuche Mongen,Vida de la Gente de la Tierra.

1.2.3.1 Concepto mapuche de salud- enfermedad

La salud como concepto no se encuentra en el repertorio conceptual mapuche, la salud para ellos está integrada a todos los fenómenos de la vida, estar bien o estar mal, es salud. Día a día se va evaluando el transcurso de la vida, por cotidiano que este sea ⁽³²⁾. Los mapuches de Chile comparten la cosmovisión totalizadora, propia de los grupos étnicos americanos. Según esta el hombre, la naturaleza y lo sobrenatural forman conceptualmente una sola unidad ⁽³⁰⁾. El hecho de que algo o alguien en su comunidad estén en condiciones no deseables, afecta a la persona. Si los cultivos están en malas condiciones, la persona ya no está bien, si los animales no tienen pasto suficiente entonces la persona no se encuentra bien. Es decir el ambiente en su conjunto afecta a la persona.

La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia de dolor. El dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado hasta la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella y por tal razón se desarrolla, mientras las personas de debilitan. Pero ella tiene un contexto, como todos los seres vivos ⁽³²⁾.

Kvmelkalen (estar bien): El individuo como tal, está en equilibrio consigo mismo, con su familia, con su entorno social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico. De acuerdo al concepto de Kvmelkalen, la vida familiar en el lof ce (comunidad social), se dinamiza diariamente de acuerdo al estado en que las personas se sienten o cómo perciben el ambiente general de la

casa, con cada uno de sus integrantes, incluyendo en esto a los animales y las siembras, entre otros elementos de la vida mapuche de la comunidad.

Weza felen (Estar en malas condiciones físicas y espirituales): Da cuenta de un desequilibrio consigo mismo, con los demás y con su entorno. El hecho de que una persona, una familia en el lof mapu (comunidad territorial de las personas) esté en condiciones no deseables, afecta no solo a una persona y una familia determinada, sino que también al conjunto del lof ce. Por ejemplo, si los cultivos están en malas condiciones o si los animales no tienen pasto suficiente, entonces la persona y su entorno familiar, no se estarán bien, por lo tanto la comunidad (lof ce), tampoco estará bien.

Kuxan (enfermedad): Fuerza o energía maligna con la vida que ingresa hasta el organismo de la persona, como un wekufv (concepto que viene de la palabra mapuche wekun = desde fuera) o energía externa y desde su ingreso comienza a alimentarse de la vitalidad del enfermo o kuxan, lo que permite que se desarrolle progresivamente y al mismo tiempo el ser mapuche se va debilitando de la misma forma ⁽⁶⁾.

Etiología de las enfermedades

Según su etiología, los mapuches clasifican las enfermedades en distintos tipos ⁽³⁰⁾:

- La primera clasificación se deriva del contacto interétnico, y categoriza las enfermedades en mapuche kutran (las que reconocen como causadas

por un agente etiológico intencional) y wingka kutran. (las que se adquieren por causas biológicas).

- Otra clasificación general es entre weda kutran, o enfermedades mágico religiosas, y en re kutran, o enfermedades naturales.
- Según duración, y pueden ser kuyfi kutran o enfermedades antiguas y we kutran o enfermedades recientes.
- Finalmente podemos distinguir entre fūta kutran enfermedades grandes y pichi kutran o enfermedades pequeñas.

El origen de las enfermedades obedece a causas naturales, trasgresiones a normas sociales, espirituales y también por desobediencia a los mandatos que vienen del mundo divino. También puede resultar del encuentro con un ente espiritual enviado por un “agresor” o kalku (brujo) a través de veneno en la comida o de actuar sobre la ropa o huellas del enfermo ⁽⁶⁾.

1.2.4 Enfermedades respiratorias

Dentro de la clasificación de las Re kutran, lo que se traduce como “pura enfermedad” o un grupo de dolencias de origen natural, en las cuales no hay intervención de fuerzas o espíritus, se encuentran: chafo (resfriado/gripe), fonwa: tos, entre otras ^(30; 32).

Dentro de los términos en mapudungun relacionados al aparato respiratorio encontramos:

Tabla 3: Vocabulario en mapudungun de términos clínicos.

<u>Esquema corporal</u> Nariz: yu Boca: wüñ Lengua: kellfu wüñ Tórax: rüku Espalda: furi	<u>Esquema corporal interno</u> Costilla: kadi Garganta: pel, waül Faringe: rulmewe Laringe: külol Külol Corazon: piwke Bronquios: chüll ponpon Pulmón: pon pon
<u>Aparato respiratorio</u> Tos: trüfon, chafon Hemoptisis: mollfüñ trufon Bronconeumonía: kutran rüku Desgarro de sangre: kagül mollfüñ Tos perruna: trüfon künün Estertores: farul neüutun Gingivarragia: mollfün ürun, udum Rinorrea: nawpa merun, witrumerun merun Resfrío: chafo Disnea: ngarül Taquipnea: piküf neyen Disfonía: kafir Sibilancia: ngadüll Epitaxis: wag yun Carraspeo: trüfontun, chafotun Amigdalitis: kutran pel, wilpa	

Fuente: adaptado (Oyarce, 1992.) Mapuche Mongen Vida de la Gente de la tierra.

1.2.5 Agentes de salud mapuche

Machi (Maci)

Encargado o encargada de la curación natural, única persona autorizada para establecer un puente directo con los espíritus creadores y los *ngen* (espíritus protectores). Es un ser humano especial que tiene comunicación directa con los espíritus protectores y las realidades no-ordinarias⁽²⁹⁾.

Al maci se le reconoce su capacidad de restablecer el equilibrio perdido, esta valoración está dada por la buena respuesta que las personas que consultan han encontrado en sus acciones, lo que refleja que él o la machi como principal agente de salud es reconocido y validado por la propia comunidad ⁽⁶⁾ .

Zugumacife

Intermediario entre el lof y el newen (poder) de la machi cuando se encuentra en keymi (trance), donde él se desempeña como intérprete o asistente en la sanación ⁽⁶⁾ .

Lawentucefe

Meica o hierbatero, persona que tiene dones para conocer las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales ⁽²⁹⁾ .Su conocimiento lo utiliza para ayudar a restablecer la salud, actuando de manera diferenciada del rol de maci, al no estar en su ámbito de acción efectuar los tratamientos, que sólo este último está en condiciones de brindar a través del conocimiento que le ha sido traspasado ^(6; 3) .

Gvtamcefe

Persona conocedora de la forma, funciones y posición de los huesos y encargada de componerlos cuando sufren roturas o alteraciones en sus posiciones ⁽⁶⁾ .

Pvñeñelcefe

Persona especialista en maternidad y con conocimiento de cómo debe nacer un niño y de cómo solucionar los problemas que se presentan en el momento del nacimiento ⁽³⁾.

Lawenfe

Es el hombre o mujer conocedor del espacio donde está el lawen. Es el recolector (a), que trabaja muy estrechamente con la maci ⁽⁶⁾.

CAPITULO II

2.0 Revisión Bibliográfica

2.1 Estrategias de búsqueda

Se realizó una búsqueda de artículos científicos en diversas bases de datos disponibles en línea, en literatura impresa, revistas científicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, como también se efectuaron reuniones con expertos tanto del área kinésica como antropológica involucrada en el tema.

2.1.1 Fuentes de búsqueda electronicas

Las bases de datos electrónicas utilizadas para la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes:

- Medline
- Scielo
- Science Direct

Palabras y Frases de búsqueda

Para la búsqueda de documentos, se introdujeron los siguientes términos:

- Science direct: *Indigenous populations* (5.473 resultados)
Infant diseases respiratory (84.108 resultados)
Child diseases respiratory (157.326 resultados)
Perceptions (470,147 resultados)
- Pubmed: *Health service, Indigenous (Mesh)* (1884 resultados)
Child diseases respiratory (142.498 resultados)
Perceptions (Mesh) (295.275 resultados)
Child (Mesh) (1.427.055 resultados)
Mapuche (130 resultados)
- Scielo: *Población mapuche* (2.470 resultados)
Enfermedades respiratorias infantiles (1.210 resultados)

Resultados de la búsqueda

En la base de datos Pubmed, tras utilizar los términos “perceptions” [Mesh], “indigenous”[Mesh] and “child diseases respiratory” con ordenador Boleano AND, se encontraron 4 artículos, de los cuales mediante la utilización del límite 10 años se obtuvo un resultado de 2 artículos.

Al utilizar los términos “Mapuche And Child And Perceptions” obtenemos 2 resultados de los cuales 1 tiene cierta relación con el tema.

En el caso de la búsqueda de science direct, tras unir los términos “*Child diseases respiratory*” And “*indigenous populations and perceptions*” se obtuvieron 651 artículos , de los cuales mediante la aplicación de límites tales como “ año 2008 al 2012”, “*social science and medicine* “ y “*public health*”; y “*journal*” se obtuvieron 2 artículos.

Para la base de datos Scielo, Chile al unir los términos “*enfermedades respiratorias infantiles*” con “*población mapuche*”, se obtuvieron 24 resultados de los cuales ningún artículo entrega información útil para el análisis del tema.

Sin embargo, tras la búsqueda con la frase “*población mapuche, percepción y pediatría*”, se obtuvieron 332, y al aplicarle el límite Chile, resultan 262 artículos de los cuales al revisar los títulos, 2 de ellos refieren información pertinente al tema.

Búsqueda en internet

Se realizó una variada búsqueda en diversos sitios de internet con el fin de obtener información relevante y atinente a la cosmovisión mapuche y salud, para lo cual, se utilizó Google académico, obteniéndose el artículo “***Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria; Perspectivas de las Madres (Alarcón, Conrado 2005)***”, el cual nos entrega información importante para el análisis en torno a la problemática de esta investigación.

Búsqueda manual

Se realizó una búsqueda manual en la biblioteca médica de la Facultad de Medicina de La Universidad de la Frontera como, en la biblioteca central ubicada en Campus Andrés Bello, encontrando literatura clave para el análisis de la cultura y medicina en población mapuche, tanto en libros como en folletos y revistas disponible en estos lugares.

Consultas a expertos

Dentro de los expertos consultados se encuentran los profesionales dedicados al área de la antropología con quienes, se realizaron reuniones y entrevistas. Se contó con la participación de Dra. Ana María Alarcón, PhD en Antropología Médica dedicado a la investigación sobre la salud en la cultura mapuche y Sra. Araceli Caro, Antropóloga quien con una vasta experiencia en las relaciones con la población mapuche, facilitó parte de sus experiencias

Se contó también con la colaboración de un profesional en el área de la Kinesiología, Sr. Francisco Pérez, quien nos brindó su experticia respecto a la atención y relación con comunidades mapuches.

2.2 Análisis crítico de la literatura:

Todos los artículos encontrados finalizada la búsqueda bibliográfica, fueron analizados y algunos se destinaron para la confección del marco teórico, entre los que destacan: ***“El pueblo Mapuche: Historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud (Primera parte)” (Errazuris ,2006); “Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental (Díaz, 2004)”***.

Como también se utilizaron los siguientes artículos para explorar la situación existente en torno a la problemática propuesta.

Entre estos destacan:

- Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: Perspectivas de las madres. Alarcón y Conrado (2005)⁽³³⁾

Este estudio explora las dimensiones culturales que se generan en el proceso de atención primaria en madres tanto mapuches como no mapuches, que acuden a centros asistenciales primarios tras una enfermedad respiratoria presente en sus hijos, en la región de la Araucanía, Chile.

Para esto, se realizó un estudio de tipo cualitativo durante los meses de septiembre del 2003 hasta octubre del 2004, en madres mapuches (60%) como en madres no mapuches (40%) a las que se les aplicó una entrevista en profundidad, la cual abarcó tres importantes aspectos, los que definirían el rubro de la investigación y los resultados finales; estos son a) *modelos*

etiológicos y explicativos de los problemas de salud infantil b) *itinerario terapéutico reflejo de una complementación de saberes médicos* y por último, c) *competencia cultural del sistema de atención primaria infantil*, de las cuales se identifican puntos específicos a tratar las que posteriormente se darán a conocer en los resultados. Entre algunas características de la muestra obtenida por conveniencia se destacan que: 42% de las madres mapuches eran bilingües, edad promedio, 29 años; 8 años de escolaridad media, entre otros parámetros.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el análisis de las 94 entrevistas en profundidad realizadas por los investigadores, se destacan tres dimensiones culturales anteriormente nombradas y cada una de ellas presenta relevantes aspectos claves.

Para la dimensión cultural “*modelos etiológicos y explicativos de los problemas de salud infantil*”, esta se divide en tres categorías analíticas las que son: “*Explicaciones culturales*” los cuales se relacionan con el carácter mágico-religioso propio de la cultura, “*explicaciones ambientales*”_dadas por la presencia de climas fríos y lluviosos los que condicionan la aparición de estas enfermedades, y por último, las “*explicaciones político-económico*” el cual refiere como factor decisivo, la pobreza.

Se define “*Itinerario terapéutico reflejo de una complementación de saberes médicos*” como segunda dimensión cultural presentando a la vez categorías analíticas tales como, “la madre es el primer recurso terapéutico para su hijo” la cual se basará en experiencias previas y adquiridas de generación en generación, en segundo lugar tenemos la categoría “El modelo etiológico de la enfermedad determina el curso terapéutico”, este punto hace

énfasis en que tras percibir el agente o causante específico de la enfermedad, se adoptará el curso terapéutico a seguir más eficaz, y por último, se presenta la tercera categoría “Biomedicina y disponibilidad económica de la familia” lo cual establece que dependiendo de la disponibilidad monetaria estará determinado el acceso a la biomedicina tras la presencia de enfermedades respiratorias infantiles.

Por último, la tercera dimensión cultural descrita en la investigación denominada “*Competencia cultural del sistema de atención primaria infantil*” se basa en tres categorías analíticas descritas como “Barreras de lenguaje”, factor principal que detonará en la falta de comunicación entre paciente mapuche y profesional de la salud, “Falta de reconocimiento de la cultura sanitaria de la familia” la cual hace referencia a la percepción por parte de la comunidad indígena de que los profesionales de la salud no respetan sus creencias y valores propios de su cultura, y por último, “Expectativas de la relación médico-pacientes” calificada por la muestra como fría e impersonal”.

Comentario: Este artículo presenta una base para el análisis del problema que atañe a la investigación, su población es representativa para el tipo de muestreo que se realizó (por conveniencia) y revela los parámetros iniciales que están involucrados en el proceso de salud-enfermedades no tan solo en la población en estudio, sino que en cada uno de los usuarios de atención primaria tras la existencia de enfermedades respiratorias infantiles.

- Childhood drowning in Matlab, Bangladesh: An in-depth exploration of community perceptions and practices. Blum, Khan, Hyder, Shahanaj, El Arifeen, Baqui(2009) ⁽³⁴⁾

Este artículo de diseño cualitativo tiene por objetivo comprender las creencias asociadas a eventos de ahogamiento, y describir reacciones frente a incidentes de este tipo. También tuvo por objetivo identificar factores de comportamiento en ese lugar, tanto en niños como en familias en riesgos de muertes por este hecho y determinar medidas localmente aceptables y viables de protección que podrían ser comprobadas en una investigación posterior

Esta investigación se llevó a cabo en Matlab Upazila (Matlab se encuentra en la región del delta de Bangladesh 30 kilómetros al sureste de Dhaka, Asia) durante un período de 13 meses entre febrero de 2004 y marzo de 2005. Para esto se utilizó una combinación de métodos cualitativos de investigación como: ejercicios de preguntas aleatorias y de clasificación en entrevistas a profundidad, y discusiones grupales con las familias de los niños menores de 5 años. Las preguntas aleatorias se llevaron a cabo con 30 madres y 30 padres pertenecientes a 30 pueblos distintos para evaluar la importancia percibida respecto del ahogamiento en relación con otras causas de muerte infantil. Los entrevistadores comenzaron desde distintos puntos en los pueblos preguntando a las familias si tenían niños menores de 5 años y uno de los padres disponibles. Si lo estaban, eran reclutados. Se solicitó a los encuestados una lista de enfermedades comunes o condiciones asociadas con la muerte infantil. Usando las 30 condiciones más sobresalientes basadas en los análisis de las preguntas aleatorias, los ejercicios de clasificación fueron realizados con

las mismas 30 madres en el que se les pidió que clasificaran el grado de riesgo (alto, medio y bajo).

Posteriormente, se realizaron entrevistas en profundidad a tres grupos diferentes de los hogares con niños menores de 5 años, incluyendo 10 hogares donde ocurrió alguna muerte por ahogamiento, 5 donde casi ocurre una muerte por ahogamiento y en hogares localizados en comunidades donde el agua representa un riesgo potencial para los niños. Se realizó un muestreo por conveniencia para identificar los hogares. El objetivo de las entrevistas fue recolectar una descripción detallada del evento de ahogamiento y la explicación de por qué sucedió.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Ética de la ICDDR, B y el Comité para la Investigación Humana de la Escuela Johns Hopkins Bloomberg de Salud Pública (Committee for Human Research of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health). El consentimiento informado verbal se realizó a todos los participantes del estudio, y los permisos de la comunidad fueron otorgadas por los líderes locales.

Los resultados se agruparon en los siguientes aspectos: información general, los mapas cognitivos, los riesgos asociados con el ahogamiento, las explicaciones causales, el cuidado del niño ahogado y las medidas preventivas

Dentro de la información general se puede decir que las madres de los niños muertos o que casi murieron por ahogamiento eran amas de casa entre 25 años aproximadamente con niveles similares de educación. Los padres eran más propensos a tener empleos fuera del pueblo. La mayoría de los niños muertos o a punto de ahogarse tenían entre 12 a 24 meses de edad y el

incidente por lo general ocurrió en un estanque cercano o en una zanja entre la mañana y media tarde. La mayoría de las madres dijo que cuando ocurrió el accidente estaban realizando labores del hogar, pero varían respecto a quien supervisaba al menor en el momento del accidente. Los ahogamientos no eran más probables de ocurrir en épocas de lluvia.

En relación a los mapas cognitivos los datos sugieren que el ahogamiento es visto como una de las más importantes causas de muerte en la infancia, situados en segundo lugar detrás de la diarrea según los padres y en cuarto lugar después de la diarrea, fiebre y neumonía según las respuestas de las madres.

Dentro de los riesgos asociados según encuestados está la temporada de lluvias, sin embargo algunas madres sugirieron que la reducción de agua después de la temporada de monsoon (viento estacional) hace que disminuya la supervisión sobre los niños.

Madres demasiado ocupadas con labores domesticas y la temporada de cosechas también se consideraron un factor de riesgo ya que no podrían supervisar a sus hijos adecuadamente. Otro factor percibido fue el desarrollo cognitivo y motos de los niños pequeños (cuando aprenden a gatear y caminar están en mayor riesgo). Más de la mitad de los padres en casos de muerte atribuye estas a presencia de espíritus malignos quienes obtendrían satisfacción de dañar a los niños.

Cuando se consulto por las explicaciones de las causas de ahogamiento la mayoría de la madre de los encuestados de los casos de muerte indicó que un poder sobrenatural era responsable de la muerte. La mayoría de las madres de

los casos cercanos a la muerte no se relacionan la causa de los malos espíritus. Más bien, vinculan el incidente a una inadecuada supervisión, a un “accidente” o al hecho de estar ocupados con su trabajo.

Entre las madres de la comunidad, la causa más común percibida era las ganas de los niños por jugar cerca del agua y tocarla, seguido por el trabajo de los malos espíritus.

En relación al cuidado de los niños ahogados se destaca el hecho de que los padres no podrían intervenir en el rescate de los niños ya que estos solo por el hecho de tocarlos provocarían la muerte del niño. En este caso los padres deben recurrir a terceras personas para que rescaten al menor. Para la gran mayoría, los remedios caseros constituyen la primera línea de tratamiento y luego consultar a un profesional de la salud después de aplicar una o más técnicas originarias para resucitar al niño. En algunos casos cercanos a la muerte fueron atendidos por doctores. También se describió en algunos casos en que la madre actuó instintivamente rescatando al niño del agua dejando de lado sus creencias. En estos casos los incidentes cambiaron su punto de vista respecto a estas creencias.

Dentro de las medidas preventivas se descubrieron varias prácticas indígenas empleadas para evitar muertes por ahogamiento, entre ellas apaciguar los poderes sobrenaturales, restringir el acceso de los niños a lugares peligrosos, asustar y asegurar una campana alrededor de la cintura del niño y amuletos para que estos no sean seducidos a la orilla del agua por los espíritus.

Comentario: Este artículo presenta un diseño cualitativo apto para indagar sobre las percepciones de pueblos indígenas de países extranjeros, demostrando

que a nivel internacional se ha dado importancia a las percepciones y puntos de vistas propios de cada cultura.

Este estudio posee una detallada descripción del procedimiento realizado por partes de los investigadores. Se da a conocer, además, como se obtuvo la muestra, las características de estas y los resultados en torno a la población.

La población mapuche es la población étnica más representativa de nuestro país por sobre las demás comunidades indígenas, esta se concentra mayoritariamente en nuestra región con un porcentaje de 33,6% y constituyendo el 23,4% de la población total de nuestra región.

La relación existente entre la población indígena y los profesionales de la salud ha ido modificándose considerablemente a lo largo de los años en forma optima gracias a la aplicación de nuevas reformas interculturales implementadas en centros asistenciales de la salud en comunas específicas donde la población mapuche es considerable ,con la finalidad de integrar y complementar ambas culturas tanto occidental como la autóctona de la comunidad mapuche en la promoción, prevención y tratamiento en enfermedades respiratorias infantiles.

Por lo tanto, es necesario conocer la percepción de la comunidad indígena sobre la atención clínica, especialmente la kinésica en patologías respiratorias infantiles, como la relación existente entre el profesional de la salud y cada uno de los usuarios indígenas que se atienden en los centros asistenciales de la novena región como los que no lo hacen.

CAPITULO III

3.0 Metodología

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción del Pueblo Mapuche sobre las enfermedades respiratorias Infantiles, etiología, tratamiento y la relación existente con los profesionales de la salud, particularmente con el kinesiólogo(a) de los centros asistenciales de las comunas de Temuco, Padre las Casas; Galvarino, Nueva Imperial y Pucón durante el periodo comprendido entre septiembre y octubre del 2012?

3.2 Justificación

Factible:

La Población mapuche, es la entidad indígena más representativa de nuestro país constituyendo un 10 % de la población total. Ésta, presenta su asentamiento principal en la región de la Araucanía por sobre las demás regiones destacándose diversas comunas entre las que podemos nombrar, Carahue, Puerto Saavedra, Teodoro Smith y Toltén, entre otras. Estas se identifican de acuerdo a la comuna en la que reside como a los principios propios de cada asentamiento.

Es una población accesible, debido a su cercanía con la capital de la novena región lo cual nos optimiza el acceso a la muestra necesaria para llevar

a cabo el estudio como también, nos permite abaratar costos en lo que refiere a la locomoción e implementos para la ejecución de la investigación.

Sin embargo, es importante comentar, que existe la dificultad del acceso a estas comunidades por parte de la población no indígena debido a la desconfianza que estos generan en las distintas comunidades, lo cual pudiese significar una barrera para el desarrollo y logro de los objetivos planteados para este estudio.

Interesante

Este estudio, permite conocer el pensamiento y las opiniones de los diversos grupos mapuches adheridos a comunidades propias de sus sectores, tanto de los que asisten a los centros asistenciales como método opcional o complementario, como los que priorizan este modelo occidental en salud, sobre la génesis de las enfermedades respiratorias, y la resolución de estos. Además, se intenta conocer el pensamiento del quehacer terapéutico mapuche, de acuerdo a su visión de salud y acorde con sus tradiciones inherentes, y por último, explorar si existe semejanza con el quehacer clínico, en especial, con el Kinésico en las diversas patologías respiratorias infantiles.

Novedoso

La literatura que alude a la salud en población mapuche no profundiza sobre las enfermedades respiratorias de acuerdo a la cosmovisión de la población en estudio, la existencia de clasificación, diagnóstico y tratamiento

étnico como también, esta no se refiere a las diversas relaciones existentes en torno a la perspectiva del tratamiento kinésico de las patologías respiratorias infantiles prevalentes en la comunidad mapuche y el cómo, éstas se traten en los centros asistenciales. Sin embargo, describen las percepciones en relación a las patologías y eventos ordinarios a manifestaciones mágico-religioso y de acuerdo a, esto, toman la decisión del itinerario terapéutico a seguir más eficiente para la resolución de los problemas.

Ético

En este estudio, los beneficios sobrepasan a los daños para las comunidades mapuches de la Araucanía, tras la obtención de los datos necesarios mediante entrevistas y grupos focales.

Se respetaron los principios éticos de No Maleficencia, Justicia; Beneficencia y Autonomía en cada uno de los participantes de este estudio.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de La Universidad de La Frontera que considera, la firma del consentimiento Informado

Relevante

La investigación entrega resultados relevantes y de gran importancia para el quehacer clínico kinésico en relación, a la percepción de la población étnica más representativa en nuestro país y que tiene como lugar de

asentamiento, la Araucanía. Esto hace referencia a las patologías respiratorias infantiles, su desarrollo, tratamiento, sus agentes terapéuticos, el grado de prioridad entre ellos de acuerdo al punto de vista de la madre o familiar más cercano al infante; como está se acerca y percibe la atención clínica, sobre todo la kinésica en cuanto a las técnicas implementadas en el quehacer de éste, la adherencia a los tratamientos determinados por el profesional clínico, y por último, la comunicación que se genere en los momentos de consulta.

3.3 Objetivo General:

Describir la percepción del pueblo Mapuche sobre las enfermedades respiratorias infantiles, etiología, tratamiento y la relación existente con los profesionales de la salud, particularmente con el kinesiólogo (a) de los centros asistenciales de las comunas de Temuco, Padre las Casas, Galvarino, Nueva Imperial y Pucón durante el periodo comprendido entre septiembre y octubre del año 2012.

3.4 Objetivos Específicos:

- Describir las atribuciones que se le otorga a las enfermedades respiratorias en las comunidades en estudio.
- Describir el protocolo de tratamiento mapuche para la resolución de las diversas enfermedades respiratorias infantiles.

- Describir el quehacer de los agentes terapéuticos mapuches y la vigencia de estos en la comunidad indígena.
- Describir la percepción de la atención kinésica de las comunidades mapuches en las patologías respiratorias infantiles.
- Describir las percepciones de la población mapuche tratada tanto en centros asistenciales como de la población que no priorizan esta atención, sobre la calidad de atención clínica recibida en las patologías respiratorias infantiles.

3.5 Diseño

La investigación se desarrolló mediante un diseño cualitativo, el cual lo podemos definir como una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta, o situación que garantice la máxima captación de la realidad, siempre compleja, y que genere conocimiento con suficiente potencia explicativa ⁽³⁵⁾.

Se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto.

Mediante este tipo de investigación se busca comprender la opinión de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente la realidad ⁽³⁵⁾.

Existen diversos tipos de estudio en la investigación cualitativa, pero para la realización de este proyecto, se utilizó un diseño cualitativo, descriptivo de casos múltiples, el cual se define como narraciones que detallan la manera en que las personas describen y viven su relación con los fenómenos del mundo social.

3.6 Población Diana

Nuestra población Diana es la población mapuche de la región de la Araucanía asentada en comunidades inscritas bajo las normas de la ley indígena. N° 19.253.

3.7 Población accesible

Constituida por la población mapuche principalmente madres y padres de las comunas de Pucón, Galvarino, Padre las casas, Temuco, Nueva imperial, e informantes expertos en el tema (profesores de escuelas rurales con población mayoritariamente mapuche y agentes de la salud propios de la cultura en estudio).

3.8 Muestra

En ocasiones una misma investigación requiere una estrategia de muestreo que mezcle varios tipos de muestra, como es el caso de nuestro estudio⁽³⁵⁾.

Se detallan en forma breve los tipos de muestra utilizados en esta investigación:

- ***Muestras en cadena o por redes (“Bola de nieve”)***: se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar datos más amplios y una vez contactados, se incluyen en la muestra⁽³⁵⁾.
- ***Muestra de informantes claves***: muestra que proporciona la opinión de individuos expertos en un tema, en nuestro caso, referente al tema de la salud en la población mapuche. Los expertos corresponden en este caso a machis y otros agentes de la salud que atiendan en centros asistenciales que intervengan en la población en estudio ya sea en forma particular o anexada a centros de salud intercultural, como también, profesores de educación básica de sectores rurales aledaños a comunidades mapuches⁽³⁵⁾.

3.8.1 Criterios de inclusión

- Población indígena que presente al menos un apellido mapuche.

- Pertenecer a comunidades mapuches en la actualidad, registrada según la ley indígena.
- Población que haya firmado un consentimiento informado previa explicación del procedimiento a realizar por los entrevistadores y autorización entregada por parte del líder o Lonko de la comunidad determinada.
- Madres y padres mapuches mayores de 18 años.

3.8.2 Criterios de exclusión.

- Mujeres y Hombres mapuches sin hijos.
- Personas mapuches con facultades mentales alteradas.

3.8.3 Criterios de inclusión para informantes expertos

- Agentes de la salud mapuche (machis, lawentuchefe, u otros).
- Informantes mapuches que pertenezcan a una comunidad indígena de acuerdo a la ley indígena vigente en nuestro país.
- Participantes con consentimiento informado firmado en forma escrita tras explicar el procedimiento a realizar.

3.8.4 Criterios de exclusión para informantes expertos

- Personas mapuches con facultades mentales alteradas.

3.9 Métodos de recolección de datos:

La información para la resolución de los objetivos se llevó a cabo mediante la utilización de:

Entrevista individual focalizada:

Corresponde a la entrevista realizada a una persona en particular con foco en un problema de investigación con preguntas abiertas previamente establecidas en una pauta.

En las conversaciones, a través de las preguntas y, respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema en específico⁽³⁵⁾.

Mediante este tipo de recolección de datos, se intenta obtener el conocimiento del punto de vista de un individuo o grupo de individuos en torno a un tema según su cultura, además, permite conocer un problema específico y de acuerdo a éste, generar un listado de los temas que se llevarán a cabo en entrevistas estructuradas o semiestructuradas a futuro.

A este tipo de entrevista se le conoce como entrevista informal pues se realizan en situaciones más diversas, además, el entrevistador no toma un rol de inflexible sino que para él todo es negociable⁽³⁶⁾.

Para la ejecución de los objetivos previamente presentados, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a agentes de la salud mapuche tanto, machis, lawentuchefe, como también madres y padres mapuches adheridos a las

comunidades en estudios. Estas entrevistas se realizaron en forma individual, ya sea en los hogares de las personas involucradas como en zonas estipuladas por ellos.

(La entrevista se explica en **anexo n°2**)

El entrevistador puede adoptar distintos tipos de participación entre los que destacan:

Tabla 4: Tipos de intervención del entrevistador

No participación	Participación pasiva	Participación moderada	Participación activa	participación completa
• Se observa la información mediante videos	• Esta presente el observador pero no interactúa con el medio	• Participa en algunas actividades pero no en todas	• Participa en la mayoría de las actividades pero no se mezcla completamente con los participantes.	• Se mezcla totalmente con la población, siendo este un participante mas.

Fuente: Sampieri. Metodología de la Investigación ,5° edición ,2010.

Para fines de nuestra investigación, se optó por la participación pasiva
(35).

Grupos Focales:

Corresponden a grupos pequeños o medianos (6 a 12 personas) de individuos los que conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informado. Es un tipo de entrevista no estructurada que se enfoca en un grupo de personas que comparten características similares ⁽³⁵⁾.

A través de la utilización de grupos focales se busca analizar la interacción entre los participantes y obtener significados globales en torno a temas planteados con anterioridad y cercanos a la población con la que se quiere contar.

Algunos de los objetivos de los grupos focales hacen referencia a generar distintos puntos de vista de los sujetos participantes de la actividad, buscar descripciones desde los sujetos como también intenta conseguir soluciones a diversas problemáticas por la cual surgió la investigación.

Características de los grupos focales

- Los participantes tienen ciertas características homogéneas.
- Se proveen datos de índole cualitativa.
- La discusión es enfocada en un aspecto específico.
- Es sumamente importante la percepción de los usuarios y consumidores sobre productos, servicios y oportunidades.
- El propósito no es el de establecer consenso, sino el de establecer las percepciones, sentimientos, opiniones y pensamientos de los usuarios sobre productos, servicios y oportunidades.

- Puede constituir un buen foro para facilitar un cambio sistémico adecuado en la organización.
- Es un proceso adecuado para facilitar el aprendizaje de los miembros de la organización
- Requiere de la presencia de un moderador conocer del tema, que conozca la metodología y genere instancias de discusión entre los distintos participantes.

Se llevó a cabo dos grupos focales cada uno con 4 personas en las comunidades Mariano Millahual del sector Rural Quetroleufu de la comuna de Pucón y Jose Quilaleo de Nilpe de la comuna de Galvarino, previa autorización de Lonco o Werken.

(Las preguntas realizadas se detallan en **anexo n° 1**)

3.10 Análisis de los datos

La recolección de los datos y el análisis de estos ocurren prácticamente en forma paralela en la investigación cualitativa ⁽³⁵⁾. Este análisis se desarrolló mediante la transcripción y análisis manual de los datos que se obtuvieron de las entrevistas en profundidad llevadas a cabo en los grupos focales en las comunidades mapuches como en las entrevistas en profundidad con los informantes claves que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se analizó cada dato en forma unitaria, a su vez, se dedujo similitudes y diferencias con otros datos ⁽³⁵⁾.

Además, el análisis de los datos textuales se efectuó a través del programa ATLAS TI. 7.0[©] (Software para análisis de datos, gestión y creación de modelos).

CAPITULO IV

4.0 Administración

Este estudio consideró la participación de los alumnos tesistas Sr. Benjamín Ruiz P y Sr. Juan F. Neira V. quienes fueron los encargados de la recolección, transcripción y análisis de los datos. Todo esto bajo la supervisión de la profesora guía, klga Pamela Serón, Magister en Epidemiología Clínica de la Universidad de La Frontera.

Participaron los asesores expertos la Dra. Ana María Alarcón, PhD en Antropología Médica, la Sra. Araceli Caro, Antropóloga, y el Klgo Francisco Pérez, funcionario clínico de la comuna de Pucón.

Se contó con la Asesoría de la Klga. Jossiana Robinovich B, para la confección de los consentimientos informados y autorizaciones y con la participación de la Psicóloga Lorena O’Ryan , Mg en Psicología y Docente de la Facultad de Medicina de La Universidad de La Frontera, en la confección de las entrevistas y realización de Grupo Focal.

En cuanto a recursos, para financiar el estudio, se postuló a la División de Orientación y Desarrollo Estudiantil de la Universidad de La Frontera otorgándose un beneficio de \$75000. Esto se desarrolló mediante la asesoría de la sociedad científica de Kinesiología de nuestra universidad.

Los recursos restantes fueron suplidos por los autores del estudio.

Se detallan a continuación, los recursos utilizados:

Tabla 5: Recursos

Actividad	Costos	Justificación	Total
Locomoción	\$10.000	Acercamientos a diversas comunas de la ciudad de Temuco en Buses y vehículos particulares	\$50.000
Fotocopias e Impresiones	\$ 10.000	Consentimientos informados, Informes Pautas de evaluación	\$10.000
Facilitador Intercultural	\$20.000	Asesoría en traducción de Vocabulario Mapudungun.	\$20.000
Insumos Varios	\$ 30.000	Insumos para coffe break de los participantes	\$30.000
Total			\$120.000

CAPITULO V

5.0 Consideraciones Éticas.

Para la realización de esta investigación en la población mapuche de la región de la Araucanía, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

En primer lugar, los principios mínimos morales, los cuales corresponden a la No-maleficencia , dada principalmente por la no aplicación de técnicas invasivas u otras estrategias que pudiesen generar daños en la comunidad en estudio , como también el principio de justicia la cual refiere a que todos los integrantes de la muestra que presenten los respectivos criterios de inclusión tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la obtención de datos , como para recibir los beneficios propios de la investigación.

En segundo lugar, se respetaron los principios éticos máximos o de segundo orden, los que corresponden a “Autonomía y Beneficencia”. En relación a la autonomía, éste, hace referencia a la aceptación por parte del entrevistado del procedimiento que se llevará a cabo, como también, la capacidad para negarse a la continuidad de su participación en este. Previo a la realización de las entrevistas, se obtuvo una autorización en forma escrita del lonko o líder máxima de la comunidad. Mediante ésta, se dio a conocer en forma explícita y simple, objetivo, metodología de trabajo y el rol que las personas tienen en esta investigación, constituyendo un respaldo legal frente a las posibles inquietudes por parte de los participantes.

Además, cada individuo firmó con anterioridad, un consentimiento informado en el cual se le explicó la finalidad del estudio, el proceder de este y los beneficios que traerá consigo.

En relación a la beneficencia, se estipula que los beneficios superan los potenciales daños para la comunidad mapuche en general ya que las entrevistas realizadas no representan un peligro físico ni psicosocial para la comunidad. No se generaron prejuicios que afecten a la integridad de los participantes.

Previo a la realización del estudio, se informó el procedimiento a realizar a las autoridades pertinentes de cada comunidad, ya sea este Lonco, Wenken o Presidente, quien autorizó la ejecución de las entrevistas y grupo focal en sus respectivas comunidades.

Los beneficios de este estudio mejoraran las relaciones y comprensión a futuro entre profesionales de la salud occidental y población mapuche en las distintas intervenciones terapéuticas.

Por último, los datos personales de cada uno de los entrevistados serán confidenciales y solamente se utilizarán para el logro de los objetivos de este estudio. El estudio de investigación ha sido aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Medicina de La Universidad De La Frontera de la ciudad de Temuco con fecha 25 de septiembre de 2012.

5.2 Carta Gantt

Actividad	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
Formación de equipo																												
Revisión Bibliográfica																												
Entrega tema de proyecto																												
Preparación de material																												
Postulación de financiamiento																												
Presentación de protocolo a comité de ética																												
Aprobación comité de ética																												
Identificación de la muestra																												
Selección de la muestra																												
Realización de grupos focales																												
Aplicación de entrevistas																												
Transcripción de entrevistas																												
Análisis e interpretación de los datos																												
Conclusiones																												
Realización de informe final																												

CAPITULO VI

6.0 Resultados

Los resultados descritos a continuación reflejan las diversas percepciones de madres y padres que pertenecen a comunidades mapuches de la novena región en torno a las patologías respiratorias infantiles prevalentes en la población.

Los entrevistados fueron padres y madres con edades entre los 24 y 65 años que refieren tener de uno a tres hijos, con un predominio del lenguaje español por sobre la mapudungun.

Se presentan a continuación las comunidades mapuches en las cuales se desarrollo tanto los grupos focales como las entrevistas en profundidad.

Tabla 6: Comunidades indígenas

Comuna	Comunidades	Método de Intervención
Padre las Casas: Sector Truf Truf Sector Maquehue	 Comunidad Juan Alberto Quidel Comunidad Juan Cristo Carril	Entrevistas Individuales focalizadas
Pucón	Comunidad Mariano Millahual	Grupo Focal
Nueva Imperial: Sector Rulo	Comunidad Gallardo Tranamil	Entrevistas Individuales focalizadas
Temuco: Sector Conoco Chico, Boyeco	Comunidad Juan Huilquil	Entrevista Individuales focalizadas
Galvarino: Sector Fortin Ñielol Sector Nilpe	Comunidad Andres Cariqueo Comunidad Jose Quilaleo de Nilpe	Entrevista Individuales focalizadas Grupo Focal

Se realizaron ocho entrevistas en profundidad a madres y padres de distintas comunidades entre ellos, una lawentuchefe, agente de medicina terapéuticas mapuche y dos grupos focales, uno en la comuna de Pucón con 4 participantes, todas ellas mujeres y uno en la comuna de Galvarino, la que contó con tres hombres y una mujer.

El análisis cualitativo de los datos tanto de las entrevistas en profundidad como también en los grupos focales, se realizó con el software Atlas Ti 7.0[®], generando las familias y categorías que a continuación se detallan:

Familias.

1. Percepción de Enfermedades Respiratorias Infantiles

Categorías:

- Definición de Enfermedad Respiratoria Infantil.
- Etiología de Enfermedad Respiratoria Infantil.
- Enfermedades Respiratorias Infantiles Prevalentes.
 - Nomenclatura Mapuche para Enfermedades Respiratorias Infantiles.
- Sintomatología de Enfermedad Respiratoria Infantil
- Factores de Riesgo para Enfermedad Respiratoria Infantil
- Pronóstico de Enfermedades Respiratorias Infantiles

2. Itinerario Terapéutico

Categorías

- Agentes Terapéuticos
 - Valoración de Agentes Terapéuticos mapuches
- Tratamiento Medicinal
- Cuidados Preventivos

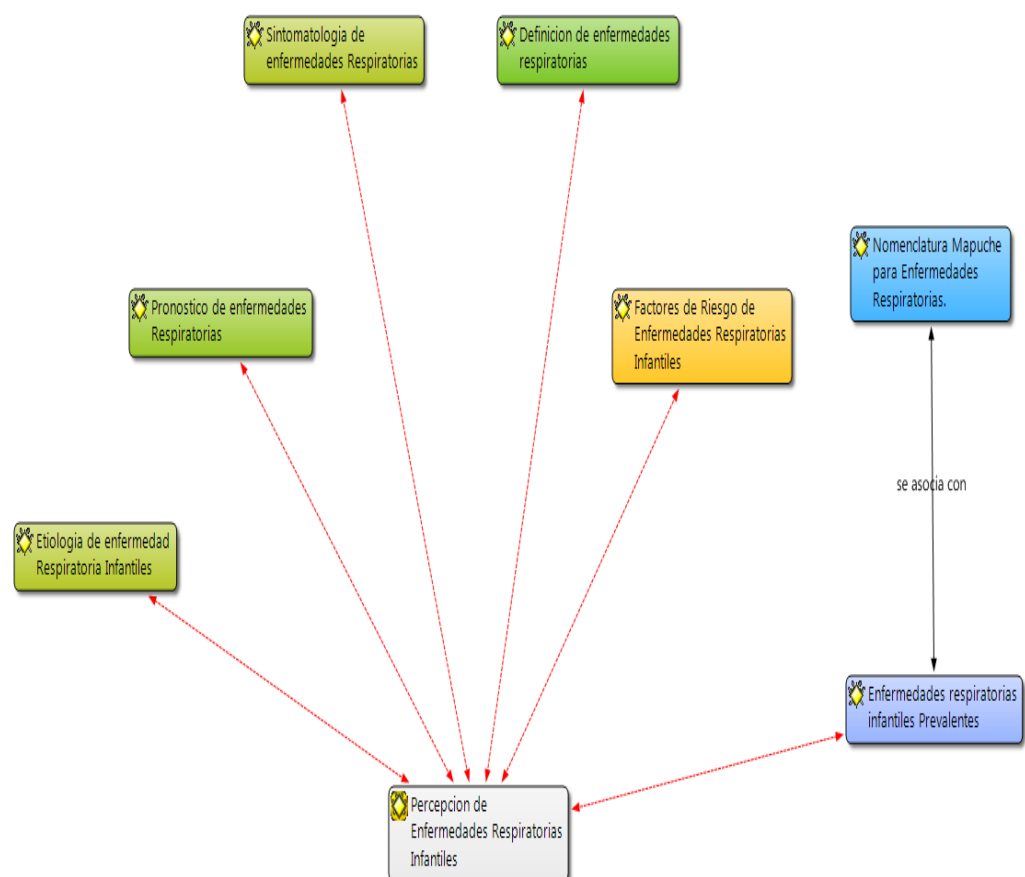
3. Percepción de Atención Clínica

Categorías

- Valoración de Tratamiento Clínico
 - Valoración de Tratamiento Kinésico
- Rol del Kinesiólogo

6.0.1 Percepción de Enfermedades Respiratorias Infantiles

Figura 2: Percepción Enfermedades Respiratorias Infantiles.



Fuente: Atlas.ti 7.0[©]. 2012.

Definición de Enfermedades respiratorias Infantiles.

En relación a este apartado, referente a como las entrevistadas definen una enfermedad respiratoria infantil, las madres nos dan a conocer sus propias impresiones, caracterizándolas como aquellas enfermedades en las que predomina *“la tos”* como ente principal, o el *“resfriado”*, se describen además como aquellas que se producen en *“los pulmones”* o en *“la tráquea”* y que se *“da con fiebre en los niños”*.

Inicialmente ellas definen las enfermedades respiratorias por medio de los síntomas que perciben tras un cuadro clínico específico.

Algunas de las expresiones que definen las enfermedades respiratorias son las siguientes, *“cuando le cuesta respirar”*, *“Infantil porque les da a los niños y respiratoria porque afecta a los pulmones y vías aéreas”*, *“es cuando tiene tos”*.

Etiología de las Enfermedades Respiratorias Infantiles

Como etiología de enfermedades respiratorias infantiles se describen dos causales bien definidas, por una parte se encuentra un causal biológico, la cual describe a agentes infecciosos tales como virus y bacterias, y principalmente asimilan al *“enfriamiento”* en los niños como agente causal primordial.

Por otra parte, se manifiesta un factor causal de tipo mágico- religioso según la cosmovisión mapuche, esta se describe como una pérdida del equilibrio entre el hombre, ya sea la madre o el propio niño, con el ambiente que le rodea, o también se genera este tipo de enfermedad respiratoria tras

infracción de las leyes mapuches, entre las cuales se puede describir el salir fuera del hogar después de las dos de la tarde, siendo este periodo del día en el cual se concentran un umbral excesivo de energías negativas que producirán en el niño una enfermedad, ya sea de tipo respiratorio como de otra índole.

Se conoce además como agente causal mágico-religioso, la inhalación por parte de la mujer en el último trimestre de gestación, del último suspiro o aliento que producirá un familiar en sus últimos minutos de vida, esto sería una circunstancia que producirá ya sea al momento del parto o a largo plazo, problemas respiratorios en el niño.

Se destaca que en la actualidad, se considera el origen biológico por sobre el mágico – religioso en la adquisición de enfermedad respiratoria infantil.

Enfermedades respiratorias Infantiles prevalentes

Los entrevistados refieren a la Bronconeumonía, el resfrío común, la bronquitis y el asma como enfermedades respiratorias más conocidas.

Nomenclatura Mapuche para Enfermedades Respiratorias Infantiles

Tras indagar en forma específica sobre los distintos nombres en mapudungun que se le otorgan a las enfermedades respiratorias, la mayoría refiere no acordarse debido a la no utilización de estos nombres por parte de

la comunidad, o simplemente recordaban, aludiendo haberlos escuchados por sus padres o antepasados.

Entre los nombres descritos principalmente por agentes terapéuticos mapuches, se destacan el “*Telonkutran*” refiriéndose a la neumonía y el “*Chafó*” describiendo al resfriado común, como también a diversos síntomas característicos de las enfermedades respiratorias, entre estas se encuentran “*Narrunkutran*” (dificultad para respirar), “*runkukutran*” (sibilancias) y “*Trolonkutran*” (tos).

Síntomas para la detección de las enfermedades Respiratorias Infantiles.

Una de las manifestaciones o síntomas más comunes descritas por la mayoría de nuestras entrevistadas fue la presencia de tos, lo que les haría sospechar una posible enfermedad respiratoria, como también la presencia de fiebre o aumento de temperatura corporal, dificultad para respirar y decaimiento en los niños.

De acuerdo a la lawentuchefe, agente tradicional de la salud de la cultura mapuche, la sintomatología de las enfermedades respiratorias es característica dependiendo del agente causal y su naturaleza, es decir, si la enfermedad respiratoria es causada por un desequilibrio entre naturaleza e individuo conocida también como etiología mágica-religiosa, el niño presentará sudoración excesiva en palmas de las manos y tronco, tos persistente y decaimiento, la cual no disminuirá tras la aplicación de hierbas o paños sobre estos. Si el agente causal es de tipo biológico o natural, la misma sintomatología desaparecerá con la terapia aplicada.

Factores de Riesgo para la aparición de enfermedades respiratorias.

Los factores de riesgo para la aparición de enfermedades respiratorias infantiles según nuestros entrevistados son la humedad tanto del entorno como de la misma residencia donde la familia vive, esto lo relacionan directamente con el nivel de pobreza en la cual la familia se encuentre como también las condiciones de la vivienda que muchas veces son precarias o no presentan las condiciones necesarias para evitar circunstancias climáticas adversas para la población, *“las casas no están debidamente forradas”, “como en el campo donde se filtra el frío por todas partes y si el niño es muy enfermizo”,* son parte de los comentarios entregados por nuestros entrevistados.

Es importante recalcar la influencia de la urbanización en la pérdida de las tradiciones mapuches como en el estilo de vida. Esto se da principalmente por el tipo de vivienda determinando por el nivel socioeconómico que en la actualidad es deficitaria, como también la vestimenta y la pérdida de hierbas medicinales dada por la deforestación.

Se describe además, que las inexperiencias de las madres jóvenes en el cuidado de los niños es un factor de riesgo para la aparición de una enfermedad respiratoria.

Pronóstico de Enfermedades Respiratorias Infantiles

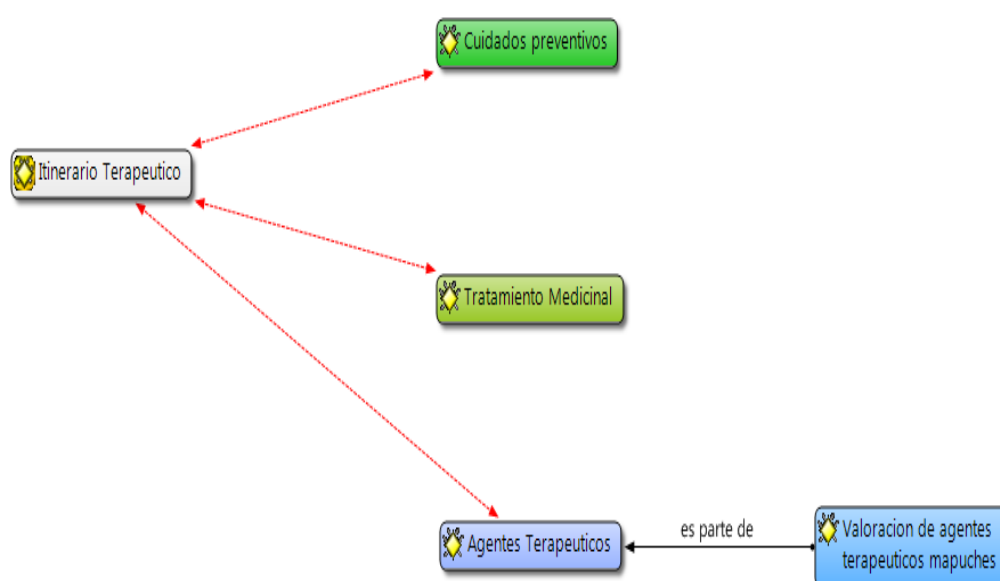
De acuerdo a lo indagado en torno a este punto, se determina que el pronóstico de la enfermedad respiratoria es favorable si el niño es debidamente cuidado por parte de sus padres, guiándose por recomendaciones clínicas y

llevando a cabo acciones preventivas tanto en el hogar como en la forma de vida. Esto está dado por la toma de los medicamentos recetados por el médico como también la toma de medicinas propias de la cultura mapuche, así también se describen acciones como mejorar la calefacción del hogar para disminuir la humedad característica que se produce en el campo.

La mayoría de los padres refieren que un pronóstico desfavorable corresponde a la progresión de un resfrió común a una bronquitis o asma, *“viene esa, tos, si no le cuidan esa, tos, pasa a bronquitis”* , *“ por el resfrió pasa a, bronquitis cuando no se cura”* ,son respuestas entregadas por nuestros entrevistadas y esto se daría principalmente por un mal manejo de los síntomas y cuidados que requiere un niño enfermo.

6.0.2 Itinerario Terapéutico de la población mapuche

Figura 3: Itinerario terapéutico de la población Mapuche



Fuente: Atlas.ti 7.0© 2012

Agentes Terapéuticos

Nuestras entrevistadas refieren que en la actualidad, las madres primerizas, tras identificar una enfermedad respiratoria en sus hijos, recurren en primer lugar al consultorio u hospital para conocer la opinión de los médicos y seguir sus indicaciones, lo que se contrapone con su propia experiencia, la que cuando tras, una enfermedad respiratoria, era en primer lugar la madre quien le cuidaba y le daba medicina propia de su cultura y si esta desconocía cuales hierbas utilizar o que hacer en caso de enfermedad, la abuela o pariente más cercana presentaba las facultades y conocimientos adecuados para la mejoría de los niños.

Valoración de agentes terapéuticos.

La mayoría de nuestros entrevistados describen la importancia de los agentes terapéuticos mapuches, tanto la lawentuchefes o Hierbatera como también la machi para la población mapuche en general, acotando que ellas aun permanecen vigentes en muchas de las comunidades mapuches de la novena región y que son visitadas por estos, cuando no encuentran respuestas o mejorías tras acudir a profesionales de la salud ya sea, este médico o Kinesiólogo(a).

Refieren además, que muchas de estas especialistas de la medicina mapuche han fallecidos y no se ha mantenido su legado dentro de las familias

lo cual lamentan y califican desfavorable, ya que se pierde el conocimiento tradicional de la cultura mapuche en este aspecto.

En relación a la machi, muchos entrevistados refieren no acudir a, ella, debido a que su acceso es limitado consecuencia de los costos, además, ella atiende principalmente enfermedades que no son tratables o reconocidas por la medicina occidental, como por ejemplo, el empacho, mal de ojos, sobrepeso, etc.

Algunas, madres, principalmente del sector de Truf truf, mencionan que no acuden a la machi debido a su fe cristiana, esto tiene relación con la influencia de la evangelización por parte de diversas iglesias de los sectores aledaño, aludiendo a la vez que la única solución para las diversas enfermedades corresponde a la oración y el pronto acceso a los centros asistenciales de salud.

Tratamiento Medicinal

Nuestros entrevistados comentan la utilización por parte de ellos mismos de hierbas medicinales las cuales se han utilizado como principal intervención terapéutica antes de consultar al médico. Estos conocimientos medicinales han sido mantenidos a lo largo de los años y aún permanecen vigentes para muchas de las familias mapuches.

Muchos de nuestros entrevistados valoran en gran medida las cualidades terapéuticas de hierbas medicinales y como éstas, son efectivas frente a determinada sintomatología de las enfermedades respiratorias. De acuerdo a lo

anterior, podemos nombrar la utilización de “bollitos de Eucalipto”, “insumo de maqui”, “Ruda”, “insumo de hojitas de tusilagos con las flores de pica pica”, entre otras hierbas. Como también se utilizan diversas técnicas terapéuticas con propósitos específicos, por ejemplo, para disminuir la fiebre en un niño se le *“Refriega el maqui en el cuerpo del niño”*, o *“se le ponen pañitos rojos calientes en la espalda como en el pechito”*, o *“utilización de mentalol en el pecho del niño cubierto con hojas de diario”*.

Cuidados Preventivos

Principalmente se describen la utilización de hierbas medicinales descritas anteriormente como también lo indicado por los clínicos tratantes, ya sea el uso de inhaladores como medicamentos, además se mantienen por parte de los padres, acciones específicas como no dejar a los niños salir al aire libre, sin vestimenta adecuada como también la calefacción en el hogar.

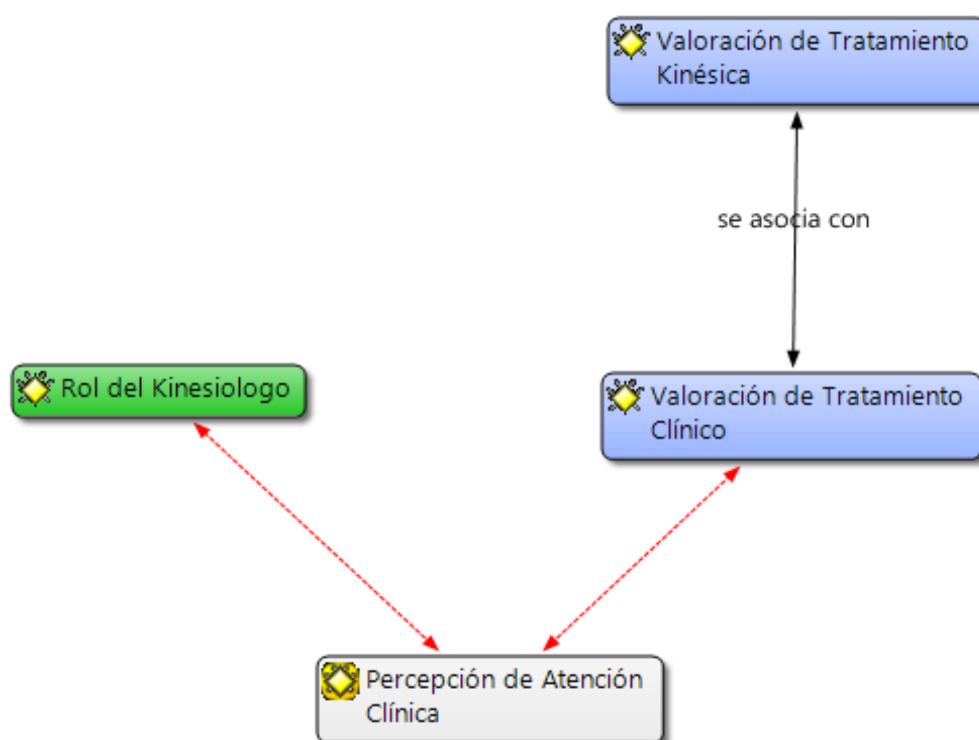
“los tengo encerraditos en veces, le doy agüita caliente y así lo cuido adentro no más”, “mantener la casita caliente”, “Cuidarlos no mas será, cuidarlo y darle lo que le da los médicos”, son parte de los dichos que avalan la descripción anterior.

Nuestras entrevistadas refieren acciones preventivas , ya sea tras la manifestación de la enfermedad respiratoria como si esta no se presentase, muchas comentaban la presencia de un tarro con eucalipto hirviendo y la inhalación del vapor por parte de los integrantes de la familia, esto disminuiría

futuros resfríos y patologías respiratoria . Esta práctica se mantiene vigente en la actualidad en la mayoría de los hogares entrevistados.

6.0.3 Percepción de Atención Clínica

Figura 4: Percepción de atención clínica



Fuente: Atlas.ti 7.0[©]. 2012.

La percepción de usuarios mapuches sobre la atención recibida por parte de funcionarios clínicos depende de su experiencia en relación a la atención en los centros asistenciales y de la opinión de sus cercanos. La gran mayoría reconoció en primer lugar a los médicos como el profesional encargado de las enfermedades respiratorias, además varios mencionaron haber sido atendido

por un kinesiólogo al asistir con su hijo o nietos y fueron capaces de describir y valorar el quehacer de éste según su propia visión. Por otra parte algunos de los entrevistados al ser consultados por los profesionales de los centros asistenciales que ellos podían identificar, no fue nombrado el kinesiólogo, pero al consultar por la atención que se realizaba a los niños, estos daban a conocer técnicas propias del quehacer kinésico. En relación al sector de Nilpe, no se obtuvo un reconocimiento del kinesiólogo, o no tenían conocimiento de su rol.

Valoración del tratamiento clínico

Los entrevistados atendidos en los centros de salud, mencionaron en general, independiente del sector, estar conformes con el tratamiento, considerando que éste, era efectivo y necesario para la mejoría de las enfermedades respiratorias de los niños, sobre todo cuando se encontraban en una etapa más grave de la enfermedad. Los problemas identificados eran principalmente en relación al acceso a los centros de salud, ya sea por la distancia que debían recorrer con sus hijos para poder ser atendidos producto de vivir en sectores rurales, o por los tiempos de espera para ser tratados.

Otro factor importante es la relación profesional- paciente, en la cual muchos de los entrevistados consideraban no ser escuchados por los profesionales, por lo cual desistían de comentarles sus acciones terapéuticas, *“en el consultorio amanecer no son tan exclusivos y muy pocas veces le señale, pero no me ponían atención o no les importaba. Así que desistí de comentarles”*.

Rol del kinesiólogo

Los entrevistados mencionaron parte del itinerario terapéutico del kinesiólogo en la atención de enfermedades respiratorias infantiles tales, como *“le aprieta el pecho aquí, le soba la espalda, la kine le hace ejercicios”*, *“El kine ayuda a botar los pollitos”*.

En cambio en algunas comunidades, como la de Nilpe, al consultar por el kinesiólogo, no se reconoció a éste. Algunos de ellos mencionaron que hace menos de un año que el hospital de Galvarino cuenta con un Kinesiólogo, pero que aun así no comprendían cuál era su rol en las distintas las áreas en las que éste se desempeña. Uno de ellos comenta: *“yo en mi caso, no nos hemos tratado nunca, no lo conocía, acá nunca se ha escuchado de kinesiólogo, por eso como que queda colgando en el aire. Pongámonos en el caso, a mi me dicen vaya al kinesiólogo, yo le digo ¿y para qué? ¿A qué me van a mandar?, uno no tiene idea que hace, si trata los huesos, la mente”*.

Valoración tratamiento kinésico

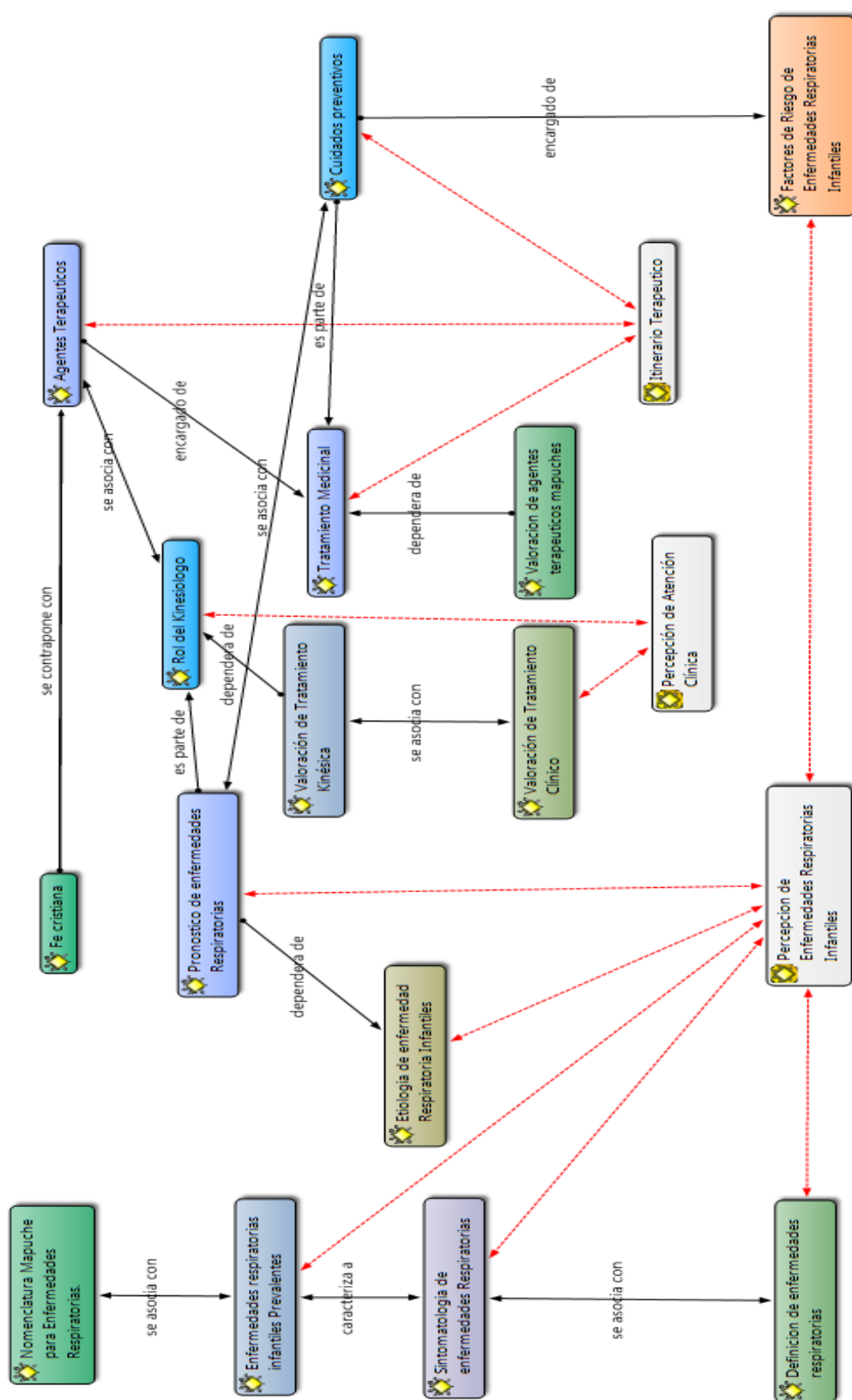
Muchas de las madres mencionaron su preocupación al ver a los niños recibir la atención kinésica ya que algunas las consideraban un tanto invasivas, pero que a su vez las consideran efectivas y necesarias para la mejoría de los niños con problemas respiratorios. Algunas de ellas mencionan *“A primera vista pareciera que no es bueno, es fuerte mirarlo, los niños sufren, pero a la final creo que es bueno porque puede votar todos los pollitos que tienen. Ayuda todo eso a que pueda respirar bien, a tener las vías respiratorias*

limpias”. La lawentuchefe relata que *“Es una ayuda grande la de los kines, no estoy en contra de eso, pero hay que tener cuidado, que no afecte por dentro, hacerlo con más suavidad. Yo veo llorar a los niños, que quedan negro llorando, y eso le está afectando los pulmones por dentro, y los huesitos.”*

Se valora además la educación entregada por el kinesiólogo y la cercanía a las familias en ciertas comunidades, ya que el profesional muestra interés y respeto por las creencias propias de la cultura mapuche.

A continuación se presenta un mapa conceptual el cual resume cada una de las familias y su relación con los diversos códigos expuestos anteriormente:

Figura 5: Familias y Categorías.



CAPITULO VII

7.0 Discusión

De acuerdo a los resultados se determina una influencia directa de la cultura occidental sobre la cultura mapuche en torno a la percepción de las enfermedades respiratorias infantiles⁽²⁹⁾, la cual está dada principalmente en la etiología, síntomas, enfermedades respiratorias prevalentes, como también en el acceso a centros asistenciales de salud occidentales, como opción prioritaria, lo que ha causado pérdida de las tradiciones medicinales propias de la cultura. Estos resultados coinciden con estudios actuales que hablan de un cambio de la visión mapuche con respecto a los conocimientos historiográficos⁽³⁷⁾.

Estos cambios son parte de procesos iniciados décadas atrás, principalmente dados por la urbanización, un acercamiento de las comunidades a las ciudades, migración por motivos de trabajo, y programas de medicina intercultural, los cuales nacieron con la idea de acercar la atención clínica a las comunidades y formar lazos entre ambas.

El que hacer terapéutico ante una enfermedad respiratoria se ve influenciado por los distintos sistemas de salud que coexisten en la región: medicina ancestral la cual incluye la medicina mapuche y la popular, y por otra parte la medicina oficial o científica. Estas van a interactuar entre sí, dando origen al abordaje de las patologías. Dentro de las comunidades se han mantenido tradiciones propias de la cultura mapuche, especialmente en la utilización de hierbas en el cuidado y tratamiento de enfermedades, así como el

uso de tradiciones populares, las cuales se han ido combinando con los tratamientos occidentales.

Los entrevistados fueron capaces además de describir el uso y el para qué sirven cada una de las distintas medicinas utilizadas por ellos mismos en el tratamiento de las patologías respiratorias y demuestran lo vigente de alguna de estas en las comunidades.

En relación al itinerario terapéutico Se observaron dos tendencias según la edad de las madres. Las madres menores de 30 años acuden como primera opción a los centros asistenciales de salud. Las razones pueden ser por falta de conocimiento en cuidado de los niños, por falta de confianza de las tradiciones de la cultura y de las especialistas de esta, por problemas de acceso producto de los costos asociados a la atención y por la confianza generada por el nivel de estudio de los médicos y kinesiólogos. Esto se correlaciona con lo descrito por Kraster (2003), quien afirma que “El hecho que la medicina moderna u occidental esté completamente instalada en la sociedad implica que cada vez menos Mapuches acuden a visitar a los sanadores locales. Las razones para esto pueden ser encontradas en el hecho que un doctor ha estudiado”⁽³⁸⁾. Esto se contrapone con lo expresados por las personas mayores de 30 años, las cuales comentan que las decisiones terapéuticas realizadas en décadas anteriores por las madres mapuches era acudir en primera opción a las múltiples especias que la tierra les otorgaba y de acuerdo a sus conocimientos medicinales y al de las personas más sabias de la familia trataban a los niños disminuyendo de esta forma sus síntomas. De acuerdo a esto, los resultados permiten aseverar que, se ha perdido la transmisión de las costumbres terapéuticas mapuches debido principalmente a que estos conocimientos son

transmitidos de forma oral entre madre e hija, lo que en la actualidad ha perdido el valor y el interés por parte de estas últimas.

La fe cristiana también ha influido en muchas de las comunidades indígenas de la región, independiente de la edad de los padres, determinado una nueva percepción en torno a la salud y recuperación tras adquirir la enfermedad. Es aquí donde se genera un rechazo hacia los agentes terapéuticos propios de la cultura argumentando la distorsión de estos en lo que respecta a su oficio. Además, se determina un cambio en las costumbres propias de la población dada principalmente por la adquisición de nuevas creencias o estamentos enseñados por la iglesia.

Los puntos mencionados anteriormente se relacionan con lo descrito por Kraster (2003) el cual indica que las principales razones por las cuales el sistema de salud occidental es escogido sobre la forma tradicional del cuidado de la salud:

1. Dinero: La medicina occidental, es a menudo escogida sobre la medicina tradicional por su costo. Consultar a un doctor o una machi no es tan caro, lo es sin embargo el tratamiento posterior. Los costos incurridos en un hospital son cubiertos por el sistema previsional. El seguro no cubre el tratamiento cuando éste es realizado por una machi. Una ceremonia de curación tradicional, como el machitún, puede costar hasta 100.000 pesos.

2. Educación: En las escuelas se enseña a visitar a los doctores en caso de enfermedad

3. Religión: Dado que parte de los Mapuche se convirtió al Catolicismo o Protestantismo, resulta evidente que cada vez menos los Mapuche piensan que

pueden ser afectados por enfermedades de origen Mapuche (Mapuche Kutran), enfermedades que forman parte de la religión Mapuche y que son causadas por influencias sobrenaturales o mágicas (Weda Kutran)⁽³⁸⁾.

Por otra parte Alarcón (2005) señala “Es también notable que para la mayoría de las madres el acudir al sistema biomédico no constituye la primera elección frente a la enfermedad de sus hijos. En esta decisión gravitan dos factores fundamentales: la percepción de la etiología de la enfermedad y la disponibilidad de recursos económicos de la familia para enfrentar los gastos derivados de la atención médica”⁽³³⁾.

En relación a la percepción del tratamiento clínico, las respuestas hacen referencia a una valoración positiva de la efectividad de los tratamientos otorgados por los profesionales de la salud. Por otra parte se señala que la comunicación profesional-paciente no cumple completamente con las expectativas de los pares de los pacientes dado que sienten que no son escuchados, que sus creencias relacionadas con su cultura son miradas en menos en relación a los conocimientos de estos profesionales y estos no son pertinentes a las necesidades propias de la población mapuche. Alarcón (2005) afirma “todas las madres señalaron que la atención de salud no es culturalmente pertinente a sus necesidades y expectativas y en este sentido subrayaron la ausencia de un proceso comunicativo en la relación médico-paciente, que se funda en factores como: barreras de lenguaje, falta de conocimiento del personal de salud sobre la cultura sanitaria de las madres, y escaso diálogo y comunicación durante la atención de salud”⁽³³⁾.

El rol y valoración del kinesiólogo, va a depender, según los resultados, de múltiples factores, entre ellos el acceso a la atención kinésica, ya que en algunas comunas no se encuentra aun o hace muy poco tiempo trabaja un profesional en esta área, la falta de identificación de éste entre los profesionales que trabajan en el centro de salud ya que varios de los entrevistados se referían al kinesiólogo como el médico o doctor y por último la percepción va a depender de la calidad de atención del profesional.

Es necesario que el Kinesiólogo (a) se presente delante de la población mapuche como un profesional de la salud , refiriendo su quehacer en las distintas áreas en las cuales se desenvuelve, además, conocer la importancia de escuchar las distintas opiniones o el quehacer que la madre ejecuto previa consulta clínica, de esta forma se debe respetar su visión y generar instancias de comunicación y auto aprendizaje , valorar sus conocimientos medicinales y agentes terapéuticos mapuches y establecer un tratamiento adecuado conforme su cosmovisión.

Por último, debido a la falta de estudios publicados en torno a este tema, esta investigación presenta las bases descriptivas para futuras investigaciones en torno a las enfermedades respiratorias y la percepción de la atención Kinésica en poblaciones indígenas. Nuevas investigaciones nos permitirían determinar en forma cuantitativa la adherencia de la población mapuche a programas y tratamientos kinésicos impartidos por centros asistenciales de salud de la novena región.

7.1 Conclusión

La percepción que la población mapuche tiene sobre las enfermedades respiratorias infantiles, varía de acuerdo al sector de la comunidad indígena en la que se indague, como también, la cercanía a los centros asistenciales de salud que tenga la comunidad en particular.

Se conocen, etiologías tanto biológicas como de índole mágico-religiosas en la aparición de enfermedades respiratorias infantiles.

En relación a la sintomatología que presentan estas patologías, se puede apreciar que es reconocida claramente por los miembros de las comunidades y que representan el motivo principal para solicitar atención.

Ante la presencia de sintomatología se recurre a tratamiento mapuche, el cual se basa en la utilización de distintas hierbas medicinales; o se acude a los centros asistenciales de salud, donde son sometidos a los tratamientos clínicos entregados por los distintos profesionales de la salud de estos centros. El acceso a los centros de salud se da principalmente en madres primerizas menores de 30 años.

Existen en las comunidades, agentes terapéuticos mapuches tales como, Machi y, Lawentuchefe. Sin embargo, estos no presentan en la actualidad la vigencia que años atrás les caracterizaba.

Para la población mapuche, la atención clínica que reciben en los centros asistenciales de salud es considerablemente buena, sin embargo, descalifican la relación profesional de la salud-paciente aludiendo a la falta de comprensión y aceptación de sus costumbres.

En relación al rol del Kinesiólogo, en diversas comunidades indígenas es reconocido por sus labores en torno a las enfermedades respiratorias infantiles y la cercanía que este tiene con la población, en su rol de educador. Sin embargo, existen comunidades en donde el Kinesiólogo(a) es desconocido, en relación a médicos y enfermeros.

CAPITULO VIII

8.0 Bibliografía

1. Citarella L, Conejeros A, Espinoza B, Jelves I, Oyarce AM, Vidal A et al. Medicina y cultura en la Araucanía. 2ª ed. Santiago.. Editorial Sudamericana; 2000.
2. Allende MJ. Salud comunitaria y salud pública. En: Operaciones administrativas y documentación sanitaria .Cuidados auxiliares de enfermería, Sanidad. Madrid: Thomson Ediciones Spain parainfo; 2008. p. 23- 28.
3. Errázuriz G. El pueblo Mapuche: Historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud (Primera parte). Rev Chil Pediatr. [En línea]. 2006 [fecha de acceso 13 de junio de 2012]; 77 (3): 272-280. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000300010&script=sci_arttext.
4. Escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica De Chile. Aspectos generales de las neumonías.(<http://escuela.med.puc.cl/publ/AparatoRespiratorio/29NeumoniasGeneral.html>. Fecha de acceso: 23-05-2012).
5. Instituto nacional de estadística, INE-Chile,departamento atención al usuario y difusión. Principales causas de muerte en Chile por Regiones 1997-2003. Santiago: INE; 2006.
6. Corporación de Mujeres Mapuche (AUKIÑKOZOMO). Manual, manejo, uso y preparado de hierbas medicinales. Temuco: imprenta América Ltda.; 2008.

7. Fielbaum O. Herrera G. Enfermedades Respiratorias Infantiles 2° ed. Santiago: Mediterráneo; 1997.
8. Servicios de Salud Metropolitanos del Ministerio de Salud, de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y Sociedad Chilena de Pediatría. Norma técnica para el manejo de enfermedades respiratorias del niño 2003. Atención primaria en salud. Santiago: Ministerio de Salud; 2003.
9. Girardi G. Programa nacional de infecciones respiratorias agudas y síndrome bronquial obstructivo en Chile. Cuadernos médicos sociales. [En línea]. 2011 [Fecha de acceso 21 de junio de 2012]; 51(4): 225-233. Disponible en:

http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/51_4.pdf.
10. Postiaux G. Fisioterapia respiratoria en el niño. España: McGraw-Hill – Interamericana; 2000.
11. Speranza AM, Orazi V, Manfredi L, De Sarasqueta P. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. Hospitalización abreviada: Un modelo de atención basado en evidencias altamente efectivo para descender la mortalidad infantil. Arch. argent. pediatr. [En línea]. 2005 [Fecha de acceso 21 de junio de 2012]; 103(3): 282-87 Disponible en :

<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n3/v103n3a14.pdf>.
12. Benítez J, Brac E, Frias L, Aguirre O. Virus Sincitial Respiratorio aspectos generales y básicos sobre la evolución clínica: Factores de Riesgo y

Tratamiento. Rev de Posg de la VI a Cát de Med. [En línea]. 2007 [Fecha de acceso 21 de junio de 2012]; (171): 1-4. Disponible en:

http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista171/3_171.pdf.

13. Gonzales R. Adenovirus: Neumonía, Enfermedad Pulmonar Crónica Y Asma Revista.indd. [En línea]. 2007 [Fecha de acceso 23 de junio de 2012];165-167. Disponible en :

http://w³.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_18_2/13-adenovirus.pdf.

14. Vega R, Barrientos S, Reyes-Terán G. El virus de la influenza. Revista de neumología y cirugía de tórax. [En línea]. 2007 [fecha de acceso 15 de junio de 2012]; 66 (1). Disponible en:

<http://w³.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2007/nts071c.pdf>

15. Splenger E, Diaz Y, Vergara L. Síndrome bronquial obstructivo en EL C.A.P.S N°2. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. [En línea]. 2008 [Fecha de acceso 18 de junio de 2012]; 185 (2): 1-3.Disponible en:

http://med.unne.edu.ar/revista/revista185/1_185.pdf.

16. Oberpaur B, Velten M, Prado P,Correa L, Rodriguez L. et al. Guías Pediátricas Ambulatoria . Hospital Padre Hurtado. Editado por Laboratorios SAVAl S.A.[en línea]. 2003 [Fecha de acceso: 26 de junio 2012]; 1(1): 1-52. Disponible en:

http://w³.saval.cl/medios/medios/centro/contenidos/pdf/GP_HPH_parte1.pdf.

17. Moreno R, Riquelme R. Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto inmunocompetente. Rev Chil Enf Respir. [en línea]. 2005 [Fecha de acceso: 26 de junio 2012];21: 81-88. Disponible en:
<http://w³.scielo.cl/pdf/rcher/v21n2/art03.pdf>.
18. Ministerio De Salud. Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años. Santiago: MINSAL; 2005.
19. Martins L. Características de las bacterias que causan infecciones respiratorias agudas en los niños: Consideraciones Actuales Para Su Diagnóstico. En: Infecciones respiratorias en niños. Washington, D.C: Serie HCT/AIEPI-1; 1999. p. 107-121.
20. Cruz Mena E, Moreno R. Aparato Respiratorio, Fisiología y Clínica.4ºed. Santiago: Mediterráneo; 1999.
21. Guyton A, Hall J. Respiración. En: tratado de fisiología médica. 11ª ed. España: G ea consultoría editorial S.L.; 2006. p. 525- 597.
22. Ceballos F, Sánchez I. Recomendaciones para el manejo de neumonías adquiridas en la comunidad. Boletín Escuela Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile [en línea]. 1999 [fecha de acceso 5 de mayo de 2012]; 28 (3). Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/Neumonia/Neumonia11.html>.

23. Goldman B. Enfermedades respiratorias. En: Cecil, Tratado de Medicina Interna Vol 3. 21ª Ed. España: McGraw- Hill- Interamerica de España; 2002. p.413-524.
24. Oficina Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Santiago: Oficina internacional del trabajo; 2006.
25. Chile. Ministerio de planificación y cooperación. Ley indígena N° 19.253/ 1993 de 28 de Septiembre, Establece Normas de Protección, Fomento y Desarrollo de los indígenas y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Temuco: CONADI; 2011.
26. Villalobos S, Casanova H, Zapater H., Carreño L, Pinto J. Araucanía, temas de historia fronteriza. Temuco: Ediciones Universidad de La Frontera; 1989.
27. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaria de Salud Publica .Perfil epidemiológico básico de la Población Mapuche. Santiago: Ministerio de Salud; 2009.
28. Vera R, Aylwin J, Coñuecar A, Chihuailaf E. El despertar del pueblo mapuche, nuevos conflictos, viejas demandas. Santiago: LOM Ediciones; 2004.
29. Díaz A, Pérez MV, González C, Simon J. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. Cienc. Enferm. [en línea]. 2004 Jun [fecha de acceso 13 de junio de 2012]; 10(1): 9-16. Disponible en:

http://w³.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532004000100002.

30. Oyarce AM, Ibacache J, Nanco J. Mapuchemongen, vida de la gente de la tierra, Manual de interacción cultural en salud. Temuco; 1992.

31. Rojas R, Política de salud y pueblos indígenas. Organización Panamericana de La Salud. 2ª ed. Santiago: Howard impresores; 2006.

32. Quidel J, Ibacache J, Chureo F, McFall S, Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso mapuche de Makewe-Pelale de Chile. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.; 2001.

33. Alarcón Ana María, Conrado Aldo. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. Revista salud pública de México [en línea] 2005 [Fecha de acceso 23 de mayo 2012]: 47(6). Disponible en:

http://w³.s.cielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036363420050006000008&script=sci_arttext.

34. Blum L, Khan R, Hyder A, Shahanaj S, El Arifeen S, Baqui A. Childhood drowning in Matlab, Bangladesh: An in-depth exploration of community perceptions and practices. Social Science & Medicine[Revista en Línea].2009 [fecha de acceso 4 de mayo 2012]; 68 (2009) 1720–1727 Disponible en: <http://w³.elsevier.com/locate/socscimed>.

35. Sampieri R, Fernández Carlos, Baptista L. Recolecion de datos. En: Metodología de la Investigación .5º edición . Mexico: McGraw- Hill Companies, Inc.; 2010. p. 343- 490.
36. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2ª ed. España: Ediciones Aljibe; 1999.
37. Alarcón AM, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas.[En Línea].2008 [Fecha de acceso 5 de junio 2012]; 40(2) 193-202. disponible en :
<http://w³.scielo.cl/pdf/chungara/v4>.
38. Kraster A. El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche: Comportamiento y Percepción . Mapuche Stichting.[En Línea].2003 [acceso 6 de mayo de 2012]; 1-13. Disponible en:
<http://www.mapuche.nl>.

8.1 Anexos

Anexos 1

Preguntas

Grupo Focal

- 1) ¿Que piensan acerca de las enfermedades respiratorias infantiles?
- 2) ¿Qué síntomas encuentran cuando un niño esta enfermo?
- 3) ¿Qué hacen en estos casos?
- 4) ¿A quienes recurren? ¿por qué?
- 5) ¿Cómo perciben la atención otorgada por los profesionales de salud?
¿conocen al kinesiólogo? ¿Que les parece la atención que este
profesional les brinda?

Anexo 2

Entrevista Individual

¿Qué es para usted las enfermedades respiratorias infantiles?	Definición
¿Qué tipos de enfermedades respiratorias usted conoce?	Clasificación
¿Cómo se producen estas enfermedades respiratorias?	Etiología
Cuando se presentan estas enfermedades, ¿qué puede ver usted en los niños?	Sintomatología
¿Cómo reconoce usted de que enfermedad se trata? (dirigir)	Diagnóstico
¿Cuáles son los factores que usted reconoce como causantes de enfermedades respiratorias en los niños?	Factores de riesgo
Usted como mapuche ¿cómo enfrenta esta enfermedad? (cuando no va al médico). ¿Cómo actúa usted cuando un niño está enfermo? ¿A quién recurre en estos casos?	Agentes de la salud mapuches
¿Considera que las intervenciones que recibe en los centros asistenciales son efectivas en la mejoría de la salud de los niños? ¿Qué opina de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud, en especial, el kinesiólogo cuando asiste a los consultorios?	Tratamiento convencional
¿Usted considera que los tratamientos utilizados influyen en la mejoría de la enfermedad? ¿Qué cree usted que sucedería con los niños en ausencia de un tratamiento adecuado?	Pronóstico

Entrevista creada por alumnos Juan Fernando Neira V., Benjamín Ruiz P. y la colaboración de Fabiola Molina S. // alumnos de 4° kinesiología, Universidad de la frontera, Temuco.



Universidad De La Frontera
Facultad de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Se ha invitado a participar del estudio **“Percepción del Pueblo Mapuche sobre las enfermedades respiratorias Infantiles, etiología, su tratamiento y la relación existente con los profesionales de la salud, particularmente con el kinesiólogo (a) de los centros asistenciales de la novena región durante los meses septiembre y octubre del 20012”** el cual tiene por objetivo explorar el punto de vista de la población mapuche sobre las enfermedades respiratorias infantiles , como se producen , como las identifican y su tratamiento , como también las relaciones con los profesionales clínicos de las postas y hospitales , en especial con el kinesiólogo.

Su participación consistirá en formar parte de una reunión junto a otros participantes con la finalidad de conversar e intercambiar opiniones sobre temas relacionados con las enfermedades respiratorias. Esta reunión será guiada por un entrevistador quien realizará algunas preguntas para ir guiando la reunión. Esta reunión será audiograbada, para luego ser transcrita y analizada.

La información que pueda ser obtenida a partir de su participación será utilizada para comprender de mejor manera las tradiciones y manejo de enfermedades respiratorias con el fin de mejorar las relaciones interpersonales entre funcionarios clínicos y la población mapuche respetando sus creencias y tradiciones. Usted no recibirá beneficios económicos por su participación en este estudio.

Su participación es totalmente confidencial, ningún dato personal aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. Ser parte de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona. Usted es libre de dejar de participar en el estudio cuando lo desee, lo cual no será perjudicial ni tendrá consecuencias para usted.

La realización de la reunión cuenta con la aprobación de las autoridades de la comunidad, ya sea este, Lonco, Werken o Presidente, quienes han sido informados sobre el procedimiento de este estudio y han permitido la realización de este en los campos de trabajo.

Si tiene alguna duda o consulta respecto a su participación en este estudio puede contactar a la persona responsable del estudio, Sra. Pamela Serón, quien trabaja en la Universidad De La Frontera de Temuco, al fono: 045-325765.

Yo _____, RUT _____,
Pertenece a la comunidad _____ del sector _____
he accedido a participar en este estudio ya que se me ha informado sobre lo que se espera de mi participación, y los beneficios y riesgos de esta.

Firma Participante _____

Firma investigador Responsable _____

Klga. Pamela Serón

Nombre entrevistador _____ Firma entrevistador: _____



Autorización

Líder máximo de comunidad Indígena

Yo _____ Rut _____, Lonko de la comunidad indígena _____, autorizo a la realización de entrevistas y reuniones en mi comunidad para la obtención de datos en la investigación denominada **“Percepción del Pueblo Mapuche sobre las enfermedades respiratorias Infantiles, etiología, su tratamiento y la relación existente con los profesionales de la salud, particularmente con el kinesiólogo (a) de los centros asistenciales de la novena región durante los meses septiembre y octubre del 2012”** cuyo objetivo es explorar el punto de vista de la población mapuche sobre las enfermedades respiratorias infantiles, como se producen, como las identifican y su tratamiento, como también las relaciones con los profesionales clínicos de las postas y hospitales, en especial con el kinesiólogo, para mejorar en un futuro las relaciones kinesiólogo-Paciente y entregarle un mejor servicio respetando sus creencias y cultura.

Además, estoy al tanto de las consideraciones éticas propias del estudio y conozco que cada uno de los integrantes de mi comunidad tienen la capacidad de elegir como la de negarse a participar de las actividades. Estoy al tanto, de que los datos personales de cada uno de los individuos serán confidenciales y solo se utilizarán para fines académicos.

Fecha:

Ciudad de _____ novena Región.

Investigadora Principal:

Sra. Pamela serón

Teléfono contacto: