


Spring 2017

DEFINIENDO LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ESPIRITUAL: La Influencia de la Biomedicina y la Religión Occidental en la Comunidad Mapuche de La Araucanía

Maya Salvio
SIT Study Abroad

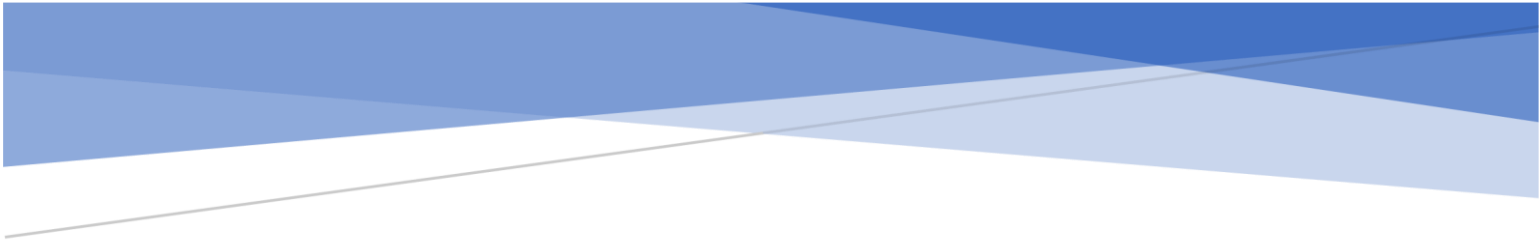
Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Anthropology Commons](#), [Civic and Community Engagement Commons](#), [Community Health Commons](#), and the [Latin American Studies Commons](#)

Recommended Citation

Salvio, Maya, "DEFINIENDO LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ESPIRITUAL: La Influencia de la Biomedicina y la Religión Occidental en la Comunidad Mapuche de La Araucanía" (2017). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2547.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2547

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.



DEFINIENDO LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ESPIRITUAL:

La Influencia de la Biomedicina y la Religión
Occidental en la Comunidad Mapuche de La
Araucanía

Maya Salvio
SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento Comunitario
Mayo 2017

ABSTRACT

Research Question: In what ways has occidental religions and the biomedical health system influenced the conception of mental health in the Mapuche community in the Araucanía?

Objectives: The general objective of this study is to identify the ways in which mental and spiritual health are conceptualized by the Mapuche community and identify the influences of occidental religion and biomedicine in Carahue and Saavedra. The specific objectives are to identify the conceptions of mental and spiritual health among the three predominant ideologies, characterize their perceptions of anxiety and depression (two occidental mental illnesses), identify the relationships between the three ideologies, and develop an understanding of the influence of occidental religion and the biomedical system on the Mapuche conception of mental and spiritual health.

Background: In La Araucanía, there are three intersecting ideologies: biomedicine, occidental religion, and indigenous cosmovision (Mapuche). This intersection originates from the Spanish conquest of South America which used violence, as well as religion and medical practice, to oppress the indigenous communities. This occidental influence on indigenous culture still exists today. Mental health and illness are social constructs that originate within biomedicine. Because this social construct does not originate within the indigenous community, the indigenous community and the occidental religious community has developed responses within their own belief systems that work in accordance to their own cosmovision.

Methodology: This study uses 15 interviews that were conducted in Carahue y Saavedra, Chile. To demonstrate the biomedical ideology, a doctor and administrator were interviewed as well as revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. To demonstrate the Mapuche ideology, a Machi, Mapuche medical healer, and a Lonko, Mapuche leaders, were interviewed. An intercultural facilitator was also interviewed to better understand the relationship between these two ideology. To demonstrate the occidental religious ideologies, two pastors and a priest were interviewed. Seven general citizens of the community were also interviewed.

Results: Five centralized themes were found: the need for faith in medicine, coexistence and complementarity between the three modalities in relation to spiritual and mental health, the syncretism and conflict between the occidental religions and Mapuche cosmovision, presence of cause-based vs. symptom-based treatment, and the use of connectedness as a treatment for mental illness.

Conclusions: Complementarity within the two occidental cosmovisions is possible, but coexistence between the occidental and indigenous cosmovisions on a theoretical level is difficult. Some sects of occidental religions were found to dismiss Mapuche identity or create a toxic environment for survival of the Mapuche cosmovision. However, individuals seem to find their own manners of complementarity of the ideologies within their own individual belief systems. Furthermore, the cosmovisions that included spiritual health also included a cause-based treatment model and the importance of connectedness in treatment of mental illness.

Key Words: Mental Health, Religion, Indigenous Communities, Spiritual Health.

RESUMEN

Pregunta de Investigación: ¿De qué manera la religión occidental y el modelo de atención biomédico influye la concepción de salud mental en la comunidad Mapuche en La Araucanía?

Objetivos: El objetivo general de este estudio es para identificar de qué manera se expresa la concepción de salud mental y espiritual Mapuche en la actualidad y la influencia de modelos religiosos y biomédicos en personas Mapuche de Carahue y Saavedra. Los objetivos específicos son para identificar las definiciones de salud mental y espiritual de las tres cosmovision predominantes en La Araucanía: indígena (Mapuche), occidental religioso (católico y evangélico) y biomédico, caracterizar las percepciones de ansiedad y depresión (dos enfermedades occidentales), identificar las relaciones entre las tres cosmovisiones, e identificar la influencia de religión occidental y el sistema biomédico en la concepción Mapuche de salud mental y espiritual.

Antecedentes: En La Araucanía, hay tres ideologías expresadas en la atención de salud: biomedicina, religión occidental (catolicismo y evangelismo), y cosmovisión indígena (Mapuche). Esta intersección se origina de la conquista española de Sur América, la que usó violencia, además de religión y práctica médica para oprimir la comunidad indígena. Esta influencia occidental en la cultura indígena y su cosmovision todavía existe hoy. Salud mental y enfermedades mentales son construcciones sociales que se origina en la cosmovision biomédico. Debido a esta construcción social que no se origina en la cosmovision indígena, la comunidad indígena y la comunidad religiosa occidental se han desarrollado respuestas adentro de sus propias cosmovisiones.

Metodología: Este estudio usa quince (15) entrevistas que estuvo situado en las comunas de Carahue y Saavedra, Chile. Para mostrar la ideología biomédica, un médico y un administrador fueron entrevistados y se hizo revisión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Para mostrar la ideología Mapuche, un machi, un curandero Mapuche, y un lonko, líderes en la comunidad Mapuche, fueron entrevistados. Un facilitador intercultural fue entrevistado para entender la relación entre estas dos ideologías. Para mostrar, la ideología religiosa occidental, dos pastores y un sacerdote fueron entrevistados. Además, siete ciudadanos de la comunidad también fueron entrevistados.

Resultados: Cinco temas fueron encontrados: la necesidad por fe en medicina, la capacidad por coexistencia y complementariedad entre los tres modelos en relación a salud mental y espiritual, el sincretismo y conflicto entre las religiones occidentales y la cosmovision Mapuche, la presencia de tratamientos basados en causas v. síntomas, y el uso de conectividad como un tratamiento por enfermedades mentales.

Conclusiones: Complementariedad entre las dos cosmovisiones occidentales es posible, pero coexistencia entre las cosmovisiones occidentales e indígena en un nivel teórico es difícil. Algunos de los sectores de las religiones occidentales tendieron a rechazar la identidad Mapuche o crear un ambiente toxico para la sobrevivencia de la cosmovision Mapuche. Sin embargo, individuos parecen encontrar su propia complementariedad de ideologías adentro de sus propias cosmovisiones individuales y prácticas. Además, las cosmovisiones que incluyen salud espiritual, también, incluyen un modelo de tratamiento basado en causa y tiene un énfasis en la importancia de conectividad como un tratamiento para enfermedades mentales.

Palabras Claves: Salud Mental, Religión, Comunidades Indígenas, Salud Espiritual.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar mi gratitud enorme a cada persona que me ayudó en este proceso. Desde el hombre en mi calle que me saludó cada mañana a las personas en Carahue que ofrecían amistad mientras remando y hablando durante once, esta experiencia era lo que era gracias a ellos. Son algunas personas a quienes agradecer.

A mis profesores en los Estados Unidos, la comunidad en Smith College, y mis amigos y mi familia en los Estados Unidos especialmente mi mamá, mi papá y Noah por su apoyo sin fin.

A Brian B. Johnson, el Director Académico, gracias por su paciencia y siempre tener las respuestas a mis preguntas.

A Daniel Poblete, el Coordinador Académico, gracias por su entusiasmo para enseñarnos y su pasión en academia.

A Liliana Mueña, la Coordinadora de Programa, gracias por todo de su trabajo que nosotros vemos y no vemos, y especialmente por mostrar las mejores empanadas veganas en Arica.

A Norma Contreras, la Coordinadora de Servicios Estudiantiles, gracias por su asistencia constante y caridad.

A Andrés Cuyul, mi consejero, gracias por su dirección durante este proceso con todos de los éxitos y los desafíos.

A la familia Mancilla-Miranda, Sergio, Yossynna, Etel, Charo, Rocío y Olga, mi familia anfitriona en Arica, gracias por su ayuda continua, cuidarme y enseñarme la tranquilidad de Arica.

A Blanca Pacheco y Elsa, mi familia anfitriona en Carahue, Chile, gracias por su compañerismo, y su cariño. Siempre voy a recordar de voltear tortillas y tejer flores. Les extrañaré.

A cada persona que yo le entrevisté por compartir sus historias y pensamientos. Yo sé que mis regalos, pan y dulces, no fueron suficientes para agradecer su franqueza y autenticidad. Su emoción y su cariño nunca serán olvidado.

A los estudiantes en este programa por acompañarme este viaje.

¡Muchas gracias por la aventura!

ÍNDICE

Abstract.....	1
Resumen.....	2
Agradecimientos.....	3
1. Introducción	5
2. Objetivos	7
3. Marcos Teóricos	8
3.1 La Historia del Estado, Iglesia y La Población Indígena	8
3.2 La Influencia de Religión Occidental en La Creación del Sistema de Salud	9
3.3 Breve Historia Carahue y Puerto Saavedra	9
3.4 La Actualidad de Carahue y Puerto Saavedra	10
3.5 Definiciones de los Tres Modelos y Sus Concepciones de Salud Mental	11
4. Metodología	14
4.1 Diseño, Tiempo, Ubicación, Población y Muestra	14
4.2 Instrumento de Recolección de Información	15
4.3 Análisis de Datos	16
4.4 Aspectos Éticos.....	16
4.5 Limitaciones	16
5. Resultados y Discusión	17
5.1 Coexistencia Posible y Complementariedad entre Las Dos Cosmovisiones Occidentales	17
5.2 Los Elementos que crean la Separación entre las Cosmovisiones Indígena y Occidental	18
5.3 Sincretismo y Asimilación Forzada entre Religión Occidental y Cosmovision Mapuche	19
5.4 Necesidad por Fe en Religión y Medicina.....	22
5.5 Diagnóstico y Tratamiento Basado en la Causa versus Basado en los Síntomas.....	24
5.6 Apoyo a través de Conexión como Tratamiento por Enfermedades Mentales	27
6. Conclusión	30
7. Consideraciones Finales	32
8. Final Considerations.....	35
9. Referencias.....	38
10. Apéndices.....	40
11.1 Formularios de Consentimiento	40
11.2 Guía por Entrevistas	40

1. INTRODUCCIÓN

En 2016, Kleinman et al. publicaron un artículo sobre la necesidad de la priorización de salud mental en relación a salud global. Él reportó que “enfermedades mentales impone una enorme carga de morbilidad global que conduce a la mortalidad prematura y la calidad de vida” (Kleinman et al., 2016, p. 2274, mi transducción). Esta priorización requiere acción en evaluación de salud mental, análisis de las necesidades de la gente alrededor el mundo y acción para tomar medidas. Sin embargo, comprensión de las percepciones de la salud mental necesitan recibir mayor prioridad en actualidad como percepciones de la enfermedad influyen en la capacidad de una comunidad para responderla.

Chile es un país que necesita atención en relación a salud mental. Entre 2001 y 2010, Chile fue el país en América del Sur con la tasa más alta de suicidio con 18,062 muertes por suicidios (Bustamente et al., 2015). Dentro del país, las tasas más altas de suicidio existieron en las regiones más rurales: Aysén, Los Ríos-Los Lagos y La Araucanía. Mientras suicidio es un comportamiento multifactorial que puede tener una gran cantidad de influencias y motivaciones (Mäkinen, 2009 citado por Bestamente et al., 2015), este muestra la urgente necesidad de acción en Chile que incluye salud mental y análisis de calidades de vidas. Además, un estudio longitudinal de 2003 a 2010 de la prevalencia de episodios depresivos mayores encontró que la prevalencia más alta de depresión entre las regiones estaba en La Araucanía con una prevalencia de 28,3% en 2010, pero el uso de tratamientos de antidepresivos era bajo en esta región (Markkula et al., 2017). Además, entre 2004 y 2006, la tasa de suicidio por pueblo de pertenencia de personas indígenas en La Araucanía y personas no indígena tuvo una brecha de 11,3% (11,3% por personas no indígenas y 22,6% por personas indígenas) (MINSAL, 2016, p. 13). Este demuestra la crisis de salud mental en La Araucanía especialmente con la comunidad indígena.

Para responder a este, el Ministerio de Salud de Chile formuló el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este repuesta incluye atención primaria, secundaria y terciaria de depresión, esquizofrenia, Alzheimer, uso de alcohol y drogas, y presencia de violencia entre otros trastornos mentales (MINSAL). Además, las orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas reconocen “la situación de estrés social fruto de la violencia estructural” de los pueblos indígenas y la brecha en la prevalencia de depresión, suicidio y alcoholismo entre personas indígenas y personas no indígenas especialmente en el sur con el

pueblo Mapuche (2016, p. 9). Aunque este plan y las orientaciones técnicas son acciones positivas, todavía son teórica, y no tiene mucha evaluación de las prácticas en actualidad. Además, el Ministerio de Salud es una agencia occidental que se basa en una cosmovisión occidental biomédico. En Chile, pero especialmente en La Araucanía, este no es la solo ideología que afecta las percepciones de salud y salud mental.

A través de la historia de La Araucanía, hay predominantemente tres ideologías que han surgido y que influye las percepciones de salud y salud mental: cosmovisión occidental biomédico, cosmovisión occidental religioso, y cosmovisión indígena. En La Araucanía, las ideologías occidentales religiosos predominantemente incluyen catolicismo y evangelismo y la cosmovisión indígena es Mapuche. Estas otras cosmovisiones en la región podrían tener definiciones distintas con prácticas y respuestas distintas que pudiera incluir otros elementos como salud espiritual. Para investigar este tema, este estudio realiza en las comunas de Carahue y Puerto Saavedra en la costa de La Araucanía que tiene una historia de intersecciones y divisiones entre estas tres ideologías. Esta historia ha creado una actualidad de mezclas de biomedicina, religiones occidentales y cosmovisión Mapuche.

Usando un modelo de Kleinman, este estudio se trabaja para entender las relaciones entre estos tres modelos en relación a salud mental y salud espiritual. Además, esta investigación trata a desarrollar una comprensión de las percepciones de salud mental y espiritual por los tres modelos para responder a la pregunta central de:

- ❖ ¿Cuáles son las percepciones de salud mental?
- ❖ ¿Cómo es las relaciones entre estos tres modelos en relación a salud mental?
- ❖ ¿De qué manera la religión occidental y el modelo de atención biomédico influye en la concepción de salud mental en la comunidad Mapuche en la actualidad?

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar de qué manera se expresa la concepción de salud mental y espiritual Mapuche en la actualidad y la influencia de modelos religiosos (denominaciones: protestantismo y catolicismo) y biomédicos en dicha concepción en dos comunidades mapuche de Carahue y Puerto Saavedra.

Objetivos Específicos:

A. Identificar definiciones de salud mental y espiritual, tipos de enfermedades mentales y espirituales, y causas y tratamientos de estas enfermedades en el contexto del modelo Mapuche, los modelos religiosos y el modelo biomédico.

B. Caracterizar percepciones de enfermedades occidentales como el trastorno de ansiedad y depresión desde la perspectiva de la cosmovisión Mapuche y modelo biomédico.

C. Identificar y analizar la influencia de la religión (protestante y católica) y sistema biomédico en la concepción actual de salud mental y espiritual mapuche.

D. Identificar y analizar las relaciones entre los tres modelos en la concepción de la salud mental y espiritual cuando personas se consideran Mapuche y/o practican religiones cristianas.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 La Historia del Estado, Iglesia y La Población Indígena

Las relaciones entre los tres modelos de cosmovisión hoy en La Araucanía están moldeados por medio de la historia de la región. En los años 1500s, los conquistadores españoles llegaron en Chile con el deseo “de la construcción de un nuevo mundo” (“Misioneros y mapuches (1600-1818)”, s. f.), pero este deseo ensombrecía la existencia de las personas originarias. La conquista de los pueblos indígenas consistió de dos partes: opresión a través de violencia y opresión a través de las creencias de religiones occidentales para ocupar y colonizar la tierra y los recursos, físicas y social. En La Araucanía, los sacerdotes y líderes religiosos occidentales eran una gran fuerza influyente en este equipo para difundir su fe a las personas indígenas. En el centro de Chile, esta comunidad indígena era los Mapuche, una comunidad que resistían la fuerza de los españoles, la colonización en la región, y la cosmovisión occidental. En 1539, la Compañía de Jesús fue fundada y tuvo una gran influencia en la colonización del pueblo Mapuche en La Araucanía a través de un “modelo de aculturación violenta” (“Misioneros y mapuches (1600-1818)”, s. f.). Este periodo de los Mapuche estuvo marchado por resistencia y asimilación forzada y en 1598 hasta 1602, hubo la gran rebelión que creó una frontera entre los Mapuche y la Conquista Española (“La Guerra de Arauco (1550-1656)”, s. f.). Después de eso, la Guerra de Arauco continuó hasta la última gran rebelión en 1656, pero la lucha de existencia continuaba.

Después de la Independencia de Chile en 1818, los Mapuche en La Araucanía todavía tenía una gran fuerza contra la colonización del Estado. Sin embargo, en el fin del siglo XIX, había un movimiento de derrota militar y ocupación de la región con tropas chilenas que “produjo una nueva política de aculturación” y evangelización (“Misioneros y mapuches (1600-1818)”, s. f.). En 1861, Cornelio Saavedra empezó un plan de pacificación para ocupar La Araucanía y desarrollar industrialmente (“Ocupación de La Araucanía (1860-1883)”, s. f.). Esta acción de conquista militar y asimilación forzada condujo a reducción de las tierras de los Mapuche y opresión de su cultura a través de un sistema de reservaciones que continuamente se dividieron hasta que el sistema fue terminado y las tierras indígenas ya no fueron reconocidas en 1979 por el Decreto Ley N 2.568 (Barroca, 2002, p. 286). Debido a la continuación de la resistencia del pueblo Mapuche, eventualmente, en 1993, leyes por el reconocimiento estuvo creado y había la empieza de trabajo de las necesidades de los pueblos indígenas en Chile.

3.2 La Influencia de Religión Occidental en La Creación del Sistema de Salud

La historia del sistema de salud de Chile y de La Araucanía refleja profundamente opresión de la comunidad Mapuche por la cultura occidental. Cuando los europeos vinieron a Chile, la jerarquía de humanos entre los indígenas y los españoles creaba una jerarquía entre medicina y religión, alopática y indígena. Los Mapuche usaban un sistema de medicina que tiene “elementos mágico-religiosos como empíricos” que usan ceremonias y conocimientos herbolarios (MINSAL, 2011, p.10). Mientras los conquistadores tuvieron una influencia para las enfermedades transmitidas, los conquistadores trataban reemplazar la medicina aborígen con la medicina medieval europea (MINSAL, 2011, p.10). Cuando la introducción de medicina y religión occidental española, un desequilibrio estaba creado entre los dos sistemas de salud, físicamente, mentalmente y espiritualmente.

Durante la organización republicana en Chile, la idea de la salud pública fue presentado con la influencia de religión. La comunidad cristiana y católica motivaba un movimiento de filantropía para fundar un sistema de salud (MINSAL, 2011, p.12). Debido a eso, las comunidades religiosas tenían influencia financiera y administrativo en medicina en Chile porque las órdenes religiosas administraban los hospitales. Eventualmente en siglo XX, hubo una introducción del Estado en las prácticas de medicina debido a una epidemia de cólera en 1886 (MINSAL, 2011, p.12). Después de esta crisis, hubo una serie de implementación de leyes y regulaciones por el Estado chileno para crear estructura por el sistema de medicina en Chile.

Durante este tiempo, la separación entre religión occidental y medicina occidental fueron más y más separado; sin embargo, esta conexión histórica influye las relaciones entre los tres modelos hoy. Las antecedentes de medicina occidental se originaron en una componente espiritual y religiosa y basada en “su carga de superstición e influencia religiosa” (MINSAL, 2011, p.10). A través del periodo de colonialismo, este sistema perdió mucho de esta conexión (Hassim et al., 2007, p. 205). Además, las dos cosmovisiones occidentales juntos estaban usado para oprimir la cosmovisión indígena.

3.3 Breve Historia de Carahue y Saavedra

Carahue es una palabra mapudungun que significa “la ciudad que fue” y refiere a la historia de la ciudad cuando estuvo ‘La Imperial,’ fundada por Pedro de Valdivia, un

conquistador español, en 1551 (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2013). El nombre de Saavedra refiere a Cornelio Saavedra que era un líder central en la pacificación de La Araucanía. Originalmente, el nombre de Puerto Saavedra, la ciudad, era Konün Traytrayko leufu que en mapudungun es “el río que corre cantando” o “la melodía que hace el río cuando suena” porque Saavedra se ubica al lado del río Imperial. Las ciudades de Carahue y Puerto Saavedra se ubicaban en el centro de tierra Mapuche y fueron los sitios de muchas batallas grandes y resistencia durante La guerra de Arauco. Después de la destrucción por los Mapuche en 1600 y la pacificación de la Araucanía, la ciudad de Carahue fue refundada por el general Gregorio Urrutia en 1882 como Carahue y se convirtió en un centro de exportación y un puerto fluvial (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2013). Puerto Saavedra, también, se convirtió en un puerto fluvial antes del terremoto de 1960. Este terremoto tuvo un efecto muy grande en las dos comunas, especialmente Puerto Saavedra. Hoy en día, la comuna y ciudad de Carahue son conocido por su gran cantidad de trenes o ferrocarriles, agricultura especialmente su producción de papas, y una historia de minas de oro que todavía existe hoy. La comuna de Saavedra y la ciudad de Saavedra es conocido por sus playas, turismo, pescado, y el Lago Budi.

3.4 La Actualidad de Carahue y Puerto Saavedra

Mientras esta historia de lucha y resistencia creaba una comunidad muy fuerte, estas comunas tienen una presencia alta de Mapuche, y también, religiones occidentales y una cultura chilena. En las dos comunas, hay una división entre urbano y rural, y Mapuche y chileno. Según al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población de la comuna de Carahue, en 2002, el último censo, fue 25.692 habitantes con 54,87% que vivieron en áreas rurales y 29,02% de la población tuvieron la etnia Mapuche (7.457 habitantes). En la comuna de Saavedra, la población fue 14.034 habitantes en 2002 con 80,91% que vivieron en áreas rurales y 64,03 % de la población que tuvieron la etnia Mapuche (INE, 2002). Además, hay una gran influencia de religiones occidentales en estas dos comunas. En Carahue, 62,38% de la población declararon su religión católica y 28,51% declararon evangélica, y en Saavedra, 66,11% de la población declaró su religión como católica y 22,33% declaró evangélica (INE, 2002). La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 por el Ministerio de Salud encontró “una alta correlación entre pueblos indígenas, y nivel socioeconómico y zonas geográficas con mayor tasa de AVPP,” un indicador de daño en salud (p. 209). En relación al nivel de pobreza, el Ministerio de desarrollo social

estimó que 41,91% de personas estaban en situación de pobreza por ingresos en la comuna de Carahue en 2013 y 47,14% de Saavedra fue en situación de pobreza por ingresos; por un punto de referencia, 14,40% de las personas en Chile fueron en situación de pobreza por ingresos (2013). Además, en 2013, 80,88% de Carahue y 86,69% de Saavedra que usaron FONASA fueron en grupo A o B, clasificación por servicios gratis mientras en el país, 59,65% que usan FONASA fueron en grupo A o B (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Estas cifras muestran la situación de pobreza en estas comunas, pero también muestra la necesidad para investigación en la región.

3.5 Definiciones de los Tres Modelos y Sus Concepciones de Salud Mental

Según a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de salud mental es:

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013).

Esta definición es una definición que es basado en las prácticas de la cosmovisión occidental biomédico que es solo un parte del sistema cultural y social de salud y medicina. De acuerdo con Hahn y Kleinman y para esta investigación, biomedicina, (o cosmovisión occidental biomédico) se refiere a las teorías medicinales que se origina en prácticas medicales en países europeos y americanas que colonizaron otros países (1983, p. 305). Además, Salud mental es “una construcción social que posee determinantes externos e internos con sus respectivas funciones” (Kleinman, 1978, p. 91; Hita, 2010, p. 38). Como salud mental es una construcción social que origina el modelo de biomedicina, los otros modelos pueden tener definiciones distintas de salud que pueden afectar las percepciones de salud mental y bienestar.

Religión tiene una relación con salud mental y más, tiene un efecto en las percepciones y respuestas con salud mental especialmente a través de salud espiritual. Literatura reciente sobre salud mental define la diferencia entre religión y espiritualidad (Dein et al., 2010). Religión está relacionado a tradiciones y creencias asociado con ceremonias y rituales. En el otro lado, espiritualidad es conexión de un individuo en relación a un todo mayor, y un sentido de “pertenencia y aceptación” (Dein et al., 2010, p. 2). Además, ha habido evidencia de conexiones entre religión y espiritualidad y salud mental, aun la Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) incluye problemas religiosos y espirituales (Prusak, 2016, p. 176). A través de

una revisión de la literatura en la relación entre religión y salud mental, hay evidencia de que la religión de una persona tiene un afecto en salud mental y, quizás, hay un efecto protegido de la participación en religión en relación a salud mental (Levin, 2010, p. 6). Esta revisión concluye con la idea de que quizás el espíritu tiene una relación a salud como mente y cuerpo tiene una relación (Levin, 2010, p. 10). Dein et al. encontró que religión y espiritualidad típicamente está relacionado con la significancia de vida para personas y, además, cuando una persona está enferma, físicamente o mentalmente, puede causar una crisis de esta significancia de vida (2010, p. 2). Esta relación empieza explicar la razón por la relación entre religión, espiritualidad, y medicina. En La Araucanía, la cosmovisión occidental religiosos incluyen, entre otras, dos vertientes: catolicismo y evangelismo. Estas dos denominaciones tienen las mayores influencias religiosas en la región respeto de la exclusión de la cosmovisión indígena (INE, 2002). Sin embargo, hay otra cosmovisión espiritual en la región.

La cosmovisión indígena en esta región es predominante Mapuche e incluye elementos medicinales, religiosos y espirituales. Jose Quidel Lincoleo, un lonko de la comunidad Itineto en Padre Las Casas, en referencia a la Comisión de Trabajo Autónomo Mapuche (COTAM), define que el nombre de la religión Mapuche es *Gijañmawiin*, sin embargo, “no hay acuerdo en si el mapuche *Gijañmawiin* es una religión” (Quidel, 2017, p. 17). Aun así, tiene “un ámbito de la espiritualidad o la religiosidad.” La base de esta religión, o las creencias Mapuche constituye del conocimiento y conscientes de “la significancia de cada espacio” (Quidel, 2017, p.17). Cada espacio tiene un dueño, o un espíritu y hay una necesidad para respetar los espacios y dueños de los espacios. Además, cada persona tiene su espíritu. Cuando una persona transgreda y no respeta un espacio, puede causar un “desequilibrio espiritual, psíquico, físico, económico y social de la persona” (Quidel, 2017, p. 18). El Machi es la persona en la comunidad que tiene el conocimiento de estas enfermedades y tiene el don para tener una relación con los componentes espirituales del mundo. Ellos saben sobre los medicamentos o *lawen*, y las ceremonias para ayudar sus miembros de su comunidad.

Usando un modelo de Kleinman, evaluaciones de sistemas de salud y curación con modelos de intersección incluyen la provisión de control de enfermedades y las significancias de las enfermedades (p. 91). La significancia de salud mental influye la capacidad para tratar en cada modelo si las definiciones corresponden a la construcción social o no corresponden. Este es especialmente importante en un lugar como La Araucanía cuando estas tres cosmovisiones tiene

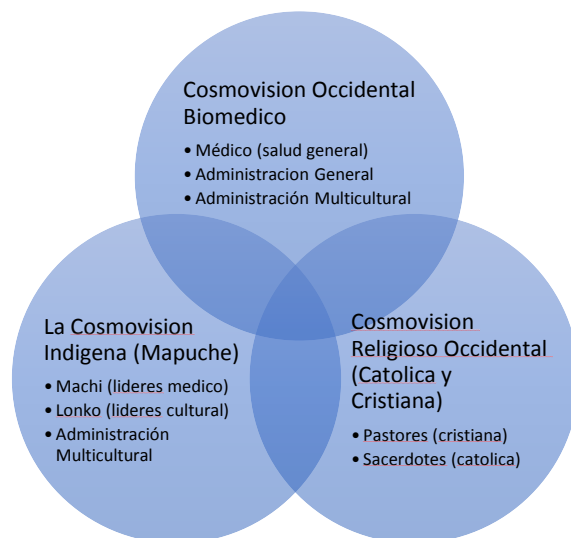
intersecciones y divisiones dentro de la concepción de salud, salud mental, y salud espiritual. Debido a este espacio compartido, cada modelo ha desarrollado definiciones y respuestas para responder a estas construcciones.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño, Tiempo, Ubicación, Población y Muestra

Esta investigación se realizó en las comunas de Carahue y Puerto Saavedra en la IX región de Chile entre el 4 de mayo hasta el 26 de mayo, 2017 con un enfoque etnográfico. Esta ubicación estuvo elegida por la cantidad de población Mapuche, la presencia de religiones occidentales, y la diversidad de hospitales interculturales y tradicionales. Este estudio fue cualitativo, exploratorio y descriptivo. Este estudio principalmente consistió de entrevistas semi-estructuradas en profundidad con líderes y representantes de los tres modelos y también miembros de cada comunidad que representa cada modelo y las intersecciones de los modelos. Las entrevistas se realizaron en lugares más accesibles para los entrevistados; este incluyó sus casas, sus campos, la cafetería en el pueblo, y sus oficinas.

Los tres modelos consisten de cosmovisión occidental biomédico, cosmovisión indígena (Mapuche), cosmovisión religioso occidental (católica y cristiana). Para el modelo biomédico, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fueron revisado, y un médico y un administrador medical fueron entrevistado. Para el modelo Mapuche, un machi y un lonko fueron entrevistados. Un facilitador de salud intercultural fue entrevistado por la intersección entre la cosmovisión occidental biomédico y la cosmovisión Mapuche. Para el modelo religioso occidental, un sacerdote (católica) y dos pastores (evangélicas) fueron entrevistados. Siete miembros de la comunidad fueron entrevistados que incluye personas que se consideran Mapuche, practican una religión cristiana (protestante y católica) y/o usan el sistema de biomedicina. Tres de las personas no se consideraron Mapuche (Personas No Mapuche 1,2, y 3) y cuatro se consideraron Mapuche (Personas Mapuche A, B, C y D). Observaciones participantes y no participantes con las comunidades religiosas occidentales y la comunidad Mapuche y el sistema biomédico en Carahue y Saavedra apoyaron los datos de las entrevistas.



4.2 Instrumento de Recolección de Información

Un guía por las entrevistas fue usado, pero debido a la naturaleza de semi-estructurada y profundidad, la guía solo fue una dirección de referencia (Apéndice 2). Además, las entrevistas fueron un poco diferente basado en la persona que fue entrevistada, pero todas las entrevistas tuvieron cinco (5) componentes que cumplen con los objetivos. En la primera parte se hicieron preguntas para conocer la edad, trabajo, y sus responsabilidades laborales. La segunda parte incluyó preguntas para analizar percepciones de salud mental y salud espiritual en general e incluyó también preguntas sobre identificación de definiciones de salud, mental y espiritual. La tercera y cuarta parte incluyeron identificación de definiciones de depresión y ansiedad, dos enfermedades mentales que están consideradas en el sistema biomédico occidental. El quinto componente incluyó preguntas sobre identificación de religión y etnia Mapuche. Estas preguntas fueron realizadas al final por lo que estas respuestas no afectaron las respuestas anteriores. Esta parte también incluyó preguntas sobre los puntos de convergencia de los tres modelos.

En relación a caracterización de enfermedades en el modelo biomédico, este estudio usó Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) creado por la American Psychiatric Association con una edición nueva en 2013, DSM-5. Hay otro sistema de clasificación de enfermedades por la Organización de Salud Mundial, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, pero la versión más reciente es del año 2009 (habrá una nueva versión en 2018) (Prusak, 2016, p. 176). Según al DSM-5, trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupación excesiva, una dificultad para controlar preocupación, agitación, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño. Estos síntomas causan deterioro en el funcionamiento no atribuye al uso de sustancias u otro trastorno médico (Reynolds & Kamphaus, 2013a). Según al DSM-5, trastorno depresivo mayor se caracteriza por tener al menos cinco (5) de los siguientes síntomas en un período de dos semanas: estado de ánimo depresivo (siente triste, desesperado), disminuido el interés, pérdida o ganancia significativa de peso, disminución o aumento en apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, agitación psicomotora o retraso, dificultad para concentrarse y pensar, y pensamientos de muerte (Reynolds & Kamphaus 2013b).

Este estudio usó estas definiciones de ansiedad y depresión para crear las preguntas en la segunda sección de las entrevistas donde las participantes tuvieron que responder qué harían o recomendarían si ellos o alguien que ellos tuvieran los síntomas.

4.3 Análisis de Datos

Doce de las quince entrevistas fueron grabadas con permiso de los entrevistados. Las entrevistas, que fueron grabadas, fueron escuchadas, tomado notas en profundidad, y semi-transcritas por las partes relacionadas a la investigación. Las entrevistas que no fueron grabadas, se les tomaron notas y apuntes al final de las entrevistas. El análisis descriptivo incluyó la revisión de las notas por temas relevantes.

4.4 Aspectos Éticos

En el inicio de cada entrevista, a cada participante se le entregó un formulario de consentimiento informado (Apéndice 1). Debido al tratamiento de personas Mapuche en la comunidad y las connotaciones de firmas debido a la historia de colonialismo, las personas tenían la opción para dar consentimiento verbal o escrito. Uno decidió dar consentimiento verbal. Además, para mantener la privacidad y confidencialidad de las entrevistas, se les preguntó a los participantes si la entrevista pudiera ser grabada, sin embargo, los nombres de los entrevistados no fueron usados en la investigación. Se utilizaron nombres generales como *Médico*, *Pastor 1*, *Persona Mapuche A*, y *Persona No Mapuche 2*.

4.5 Limitaciones

La entrevistadora fue una estudiante de los Estados Unidos con un nivel intermedio de español. Debido a la barrera del lenguaje, la habilidad de la entrevistadora para tener entrevistas en profundidad fue difícil, especialmente cuando grabación no era posible. Además, la duración de este estudio no era suficiente para crear relaciones con la comunidad, entrevistar participantes, y analizar la información en una manera que podría priorizar reciprocidad en las comunas. Debido a eso, este análisis es un análisis preliminar.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Coexistencia Posible y Complementariedad entre Dos Cosmovisiones Occidentales

En el contexto religioso occidental, hay un tema de complementariedad entre las dos cosmovisiones occidentales: biomédico y religioso. Las dos denominaciones en La Araucanía, católica y evangélica, tienen un punto de vista semejante sobre la relación entre el sistema biomédico occidental y el sistema religioso occidental. Entre las cosmovisiones occidentales, existe una estructura de separación entre salud espiritual y salud corporal “como dos hermanos” según a uno de los pastores que considera su trabajo a “la administración de almas de personas, orientador, guiador, consejero” (Pastor 1). Un sacerdote explicó que:

“Hay dos tipos de salud. La salud del cuerpo...y la salud del alma que eso también está muy complementada. Entonces, los doctores trabajan para la salvación y la sanación del cuerpo. Y yo, un sacerdote, que trabajo por la salvación del alma que también producen heridas y quiebres del ambiente maternal... Todas las heridas de punto de vista corporal, de punto de vista espiritual, son producidas por alma, y por alguien” (Sacerdote).

Esta separación entre las dos cosmovisiones occidentales permite que las dos cosmovisiones pueden existir juntos con una relación, pero esta separación es necesario para que las dos funcionen en una sociedad occidental. Este sacerdote empieza hablar sobre salud mental que es un lugar donde las dos cosmovisiones occidentales se cruzan, pero las dos cosmovisiones tienen la habilidad para coexistir debido a su historia interconectada y el mismo contexto filosófico e histórico. Este tema de complementariedad de cosmovisiones occidentales es apoyado por Kauffman que condujo un estudio sobre milagro, catolicismo y biomedicina y encontró que biomedicina y catolicismo son partes integrales de la cultura occidental y existe en el mismo sistema medico (2002, p. 32). Además, por estos dos partes de la cosmovision occidental general existe una separación muy clara; un elemento de salud que demuestra la importancia de componentes espirituales es cuando sacerdote dijo:

“No desconocer lo que Dios ha hecho...Estamos concentrados en el punto de vista humano, pero el punto de vista espiritual, no. Como que lo que tú piensas es lo correcto, pero lo que tú piensas tiene que está acompañado con la fe...Y hay muchas cosas lo que tú piensas, te gustaría que explicaran, pero solamente con la ayuda de la fe, puede tener explicación. Como el milagro” (Sacerdote).

Los milagros médicos, como la biomedicina no puede explicar un fenómeno o evento, es un espacio donde hay una separación entre la medicina occidental y la cosmovisión religiosa. En el estudio de Kauffman acerca de los milagros, esta complementariedad fue encontrada. El sacerdote y los pastores están de acuerdo que hay una complementación entre los sistemas. Sin embargo, ellos, también, estuvieron de acuerdo que hay una necesidad por más reconocimiento de salud espiritual. Pastor 1 explicó que, en el pasado, había pastores y curas en los hospitales para atender a la salud espiritual de la gente. Actualmente, este tipo de relación no es posible porque ambos modelos no podrían existir en el mismo espacio. Cada modelo necesita su propio espacio para existir. Actualmente, los dos modelos tienen su propio espacio, pero pueden complementarse. Ha habido demasiada desviación para que tenga la capacidad de volver a unir en la misma cosmovisión.

5.2 Los Elementos que crean la Separación entre la Cosmovisión Indígena y Occidental

Mientras la cosmovisión biomédica y católica y cristiana funciona en la misma estructura o marco, la cosmovisión Mapuche funciona afuera de este marco porque sus creencias han originado un contexto histórico diferente. Debido a eso, sus definiciones de salud mental funcionan como una respuesta a estas construcciones sociales occidentales. En la cosmovisión Mapuche, los aspectos medicinales y los aspectos religiosos están más interconectados que las cosmovisiones occidentales. Debido a eso, la religiosidad y las prácticas médicas no pueden estar separadas. Hay tres factores distintos que demuestran la relación entre las cosmovisiones occidentales y la cosmovisión Mapuche que incluyen: la espiritualidad, la importancia de equilibrio, y la conexión con espacio y naturaleza.

Una de las creencias principales en la cosmovisión Mapuche es la idea de espiritualidad. La Machi explicó que la relación entre espiritualidad y salud mental está basada en la conexión entre el espíritu y la persona:

Yo creo que todo ser humano necesite estar bien con consigo mismo...es como conocer igual. Al conocerse uno es conocer su espíritu, digamos...de estar bien con su espíritu porque el espíritu y la persona son diferente...por ejemplo, cuando una persona está muy muy enferma, el espíritu de la persona se empieza ir, no se estado de esta muy mal, y la persona ya no conocen...Ese proceso que dice que espíritu se aleja...Por eso, el cuerpo es como un objeto, no más, digamos, la casa del espíritu...Entonces, incluso las enfermedades

*psicológicas, empiezan desde allí igual porque no se conocen al mismo”
(Machi).*

Esta separación de espíritu y persona, pero necesidad por conexión entre los dos y conciencia de los dos empieza demostrar la relación entre la religiosidad y medicina de la cosmovisión Mapuche. Inmediatamente, hay una relación entre los elementos espirituales, mentales y corporales que demuestra la importancia de conexión a su espíritu que influye salud. Esta relación entre espíritu y persona refleja la necesidad por equilibrio que es un tema central en la cosmovisión Mapuche.

Equilibrio, en el contexto Mapuche, tiene una relación profundamente arraigada en el ambiente de las personas y la comunidad y cuando hay la falta de equilibrio, hay enfermedad y quizás, una enfermedad mental. Cuando Facilitador 1 estuvo preguntada sobre la definición de salud y salud mental del contexto Mapuche, ella dijo:

“Está equilibrado en el sentido de estar bien yo con lo que tengo. Mi espacio, mi tierra, el estar bien con la comunidad, el tener conocimiento con la cultura, lo que significa, todo lo que la cultura tiene... Todo es parte mío, yo soy parte de ahí. En la tierra, tenemos el derecho de existir las plantas, de existir los animales, de existir nosotros como personas. En cada espacio para nosotros, hay un sostenedor que es parte de nosotros, que en el otro al entender en otra manera nos dicen que tenemos dioses. Pero no es eso. Nosotros consideramos que cada espacio tiene un dueño que sostiene, que mantiene, que da la posibilidad de dar vida... la enfermedad mental es desequilibrio, desequilibrio con la energía” (Facilitador Intercultural 1).

Aun, hay una conexión profunda entre los aspectos espirituales y aspectos corporales dentro de la cosmovisión Mapuche. Esta relación afecta las cosmovisiones occidentales que interactúan con la cosmovisión Mapuche. La cosmovisión Mapuche no puede estar separado, pero las cosmovisiones occidentales necesitan su separación de religiosidad y medicina para coexistir. Esta relación no permite la coexistencia y complementariedad en un nivel teórico.

5.3 Sincretismo y Asimilación Forzada entre Religión Occidental y Cosmovisión Mapuche

Entre la cosmovisión Mapuche y las cosmovisiones occidentales religiosas, hay algunas semejanzas teóricas que demuestra la posibilidad por sincretismo. Pero, otra manera para explicar las semejanzas es que ellos usan las mismas palabras para descubrir sus creencias y este demuestra la asimilación forzada de la cosmovisión Mapuche. Primero, existe en las personas

generales en este estudio la creencia en que el Dios en las religiones occidentales y el Dios en la cultura Mapuche, son el mismo Dios. Parte de esta creencia se debe a la idea en estas cosmovisiones que en la naturaleza existe un solo Dios. Por ejemplo, Lonko 1 dijo que “la salud espiritual es el contacto que uno tiene con la naturaleza y con *Ngenechén*, el Dios.” Cuando él estuvo preguntado sobre el Dios en religiones occidentales, él explicó que es “lo mismo de Dios” (Lonko 1). Además, hay la idea de espíritus en las dos cosmovisiones espirituales, también. El Pastor 2, también, explicó una relación entre espíritu y salud cuando él dijo que “el punto de vista religioso, tenemos muchas enfermedades que son productos de espíritus, espíritus malos...y adentro del evangelio, nosotros vemos esas liberaciones, esas sanidades” (Pastor 2). Mientras ellos usan las mismas palabras para describir su cosmovisión, las cosmovisiones tienen elementos muy distintos, como decía antes, y también están basados en ideologías muy distintos debido a sus propias historias.

Las relaciones específicas dependen en las denominaciones de las religiones occidentales como cada iglesia tiene su propia manera para relacionar con la comunidad Mapuche. Por ejemplo, el sacerdote tuvo respeto por la cosmovisión Mapuche y contó la historia de un sacerdote en el pasado que era Mapuche. Otra mujer explicó que había un sacerdote que participó en las ceremonias Mapuche. Sin embargo, había evidencia de rechazo de la etnia Mapuche cuando el sacerdote estuvo preguntado si él se considera Mapuche y él dijo, “todo tenemos alguna sangre mezclada por alguien...todo es una mezcla en esta vida” (Sacerdote). Otra mujer católica dijo el mismo cuando ella estuvo preguntada sobre si ella se considera Mapuche. Había un estudio sobre el sincretismo cultural y asimilación ideológica en la cosmovisión Mapuche en relación a cristianismo. Este estudio encontró que catolicísimo tiene una actitud abierta a la cosmovisión Mapuche (Torri, 2011, p. 1236). Sin embargo, este rechazo es una negación de la presencia de la etnia Mapuche en la comunidad. En una presentación por Dr. Fidel Tubino de Pontificia Universidad Católica de Lima, él explicó la necesidad por “reconocimiento” porque “reconocimiento es un derecho humano” y la falta de eso, refleja la “injusticia histórica” y “existencia de exclusión” y es una representación de la “violencia epistemológica” que es “repetición de trauma” originado del “trauma de la conquista” (2017). Este negación y rechazo y falta de reconocimiento de la cultura Mapuche e identidad Mapuche continúan la opresión institucionalizada en La Araucanía.

Había evidencia de respeto y asimilación forzada adentro de la denominación evangélica. Para las religiones evangélicas, sus percepciones dependen en el sector. Pastor 1 tuvo la misma aceptación por la cosmovisión y aun asombro por la cosmovisión Mapuche:

“El Mapuche es más espiritual que nosotros. ¿Pero cual es el concepto que nosotros tenemos de Dios? (Toma un papel). El concepto de nosotros tenemos de Dios es: (dibuja una casa pequeña en el medio del papel). Nosotros mantenemos a Dios aquí. En un templo, aquí está Dios. Para Mapuche, Dios está en toda la creación, en toda la creación: (refiere al papel en total). El Dios de ellos no es un Dios está cerrado” (Pastor 1).

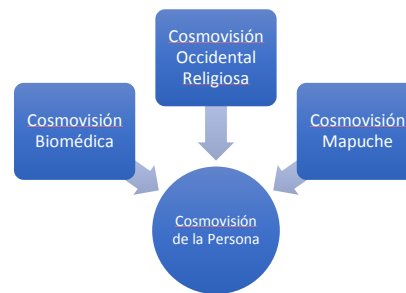
Pastor 1 refiere a la idea de que el Dios, en la cosmovisión Mapuche, se lleva internamente y en la naturaleza. Sin embargo, en el otro lado, Pastor 2 pensó que solo hay una manera adecuada para conectar con Dios y es a través del evangelio. Él vino a esta parte de La Araucanía para evangelizar las personas incluyendo los Mapuche. Para él, su trabajo es:

“Llevar el evangelio porque el evangelio trae un cambio...ahora, eso es una población civilizada, cuando yo llegué 30 años atrás, eso era una pobreza...Allí, había mucha sanidad, mucho milagros porque ellos tienen su machi, su propio médico, sin embargo, mucho mucho de ellos que no tuvieron sanidad por su propia medicina ancestral, llegaban...a la iglesia y el señor liberaba, los sanaba, de muchas enfermedades. Entonces, así se convirtió la gente evangélica...Lo que produce el cambio es la creencia...cuando ellos conocen el evangelio, conocen a Dios, el único Dios. Entonces, hay un cambio, ellos abandonaban, por ejemplo, el machi. Lo abandonan, ya no practican sus rituales con el machi. Eso lo dejan” (Pastor 2).

Para Pastor 2, él está salvando y ayudando los Mapuche y otras personas en la región. Cuando las personas Mapuche convirtieron a la fe evangélica, ellos necesitaban dejar todo de su fe en la cosmovisión Mapuche. El estudio en 2011 encontró que había más asimilación forzada en relación a protestantismo y había una pérdida de la confianza en los machis usualmente durante la conversión a protestantismo (Torri, 2011, p. 1236). Estos resultados están de acuerdo con los resultados de este estudio donde hay una asimilación forzada y una pérdida forzada de cultura. Por último, esta relación y dinámica negativa basada en sistemas de creencias puede crear un ambiente tóxico para la supervivencia de la cosmovisión Mapuche.

5.4 Necesidad por Fe en Religión y Medicina

La interacción de estas cosmovisiones en una escala macro influye las relaciones dentro de cada persona individual. Sin embargo, mientras hay conflictos teóricos entre las tres cosmovisiones, la gente general encuentra sus propias relaciones entre las cosmovisiones medicales y las cosmovisiones espirituales. El tema central durante las entrevistas con las personas generales fueron la necesidad por fe en los aspectos religiosos y aspectos medicales de su propia cosmovisión.



Primero, cuando cada persona tiene su propia cosmovisión, es posible creer en una complementariedad entre la religión occidental y la cosmovisión Mapuche sin amenazar su identidad y etnia. Por una mujer Mapuche, su propia cosmovisión promete la complementariedad de la religión evangélica y la cosmovisión Mapuche:

“La influencia de la iglesia es mucho las tienen como, generalizada...no que pueden negar del algún tipo de raíz o de tus tradiciones, pero de ninguna manera, te pueden afectar porque quieres tu quien termina, quien es, como quiere vivirlo, y como quieres amarte tu cultura. Por más que yo quisiera negarlo que soy Mapuche, no podía porque mi sangre es Mapuche, mis rasgos, todo. Por lo tanto, hay que aprender amar tu cultura, y amar todo que viajar creado” (Persona Mapuche A).

Para ella, su participación en religión occidental no se puede entrometer en sus raíces, tradiciones y cultura. Pero, para las personas Mapuche, hay distinciones diferentes entre etnia y religión por cada persona y cada comunidad. Hay personas que piensan que no es posible practicar religión occidental e indígena, pero racionaliza las creencias de otras personas en la comunidad que practican religión en una manera diferente para mantener la comunidad Mapuche. Una mujer católica y Mapuche dijo que:

“Yo tengo un hermano que dice que él cree en Dios, pero no cree en Cristo, tampoco los pastores, uno no cree en los pastores, ni en el cura porque ellos son personas. Porque uno no va a la iglesia por ver a cura, ni el pastor” (Persona Mapuche C).

Para esta persona, los Mapuche y los católicos usan el mismo Dios, pero tiene creencias diferentes en relación a Cristo, pastores, y sacerdotes. Por otra parte, no hay solo fe en religión, hay fe en medicina también.

El tema de la necesidad por fe en la medicina afecta la medicina que una persona usa que es parte de su propia cosmovision. En esta situación, hay dos tipos de fe: ‘mayúscula F’ Fe con conexiones religiosas y ‘minúscula f’ fe que significa el sentido de la confianza una persona tiene por una persona o algo (Ventres y Dharams, 2013, p. 353). Esta segunda fe es “un concepto integral a...práctica medical” (Ventres y Dharams, 2013, p. 353). En la Araucanía, esta relación entre ‘mayúscula F’ Fe y ‘minúscula F’ fe tiene una relación fuerte para la comunidad Mapuche y no Mapuche debido a la presencia de las tres cosmovisiones predominantes. La relación entre medicina y cosmovision es diferente por cada persona, pero todavía, cada persona tiene fe en su propia decisión de tipo de medicina que está de acuerdo con su propia cosmovision. Por ejemplo, una participante era una mujer que se considera Mapuche, pero no practica la religión Mapuche y no tiene sangre Mapuche. Sin embargo, ella dijo que le gusta la comunidad Mapuche y fue a *ngillatun*, una ceremonia Mapuche, por los tres años pasados. Ella es católica y usa medicina Mapuche que ella incorporó en su propia cosmovision:

“Solo Dios hace todo. Si tú le pides con mucho amor a Diosito, de amargar todos los errores y te va calmar todos tus dolores. Solo Dios para mí...uno tiene que ayudar a Dios. Tiene tomar pastillas, ir a las machis, hacer que todo lo que puede hacer, pero él hace el ultimo voluntad. Así lo veo yo” (Persona Mapuche D).

Para esta mujer, su manera de usar medicina tiene sentido para ella. Ella siente que ir a un machi es una manera para ayudarse y debido a eso, ayuda Dios. Mientras, esta conexión entre Dios y medicina Mapuche no es el mismo por las personas que practican la religión Mapuche, es una conexión, sin embargo. Además, el uso de medicina Mapuche por personas que no tiene sangre Mapuche no es un tema raro. Cuando el Lonko 1 estuvo preguntado más sobre este tema, él explicó que:

“Por su creencia, no más...Hay gente que cree y no cree. Hay gente que no es Mapuche y cree en la medicina Mapuche. Y hay gente que es Mapuche, y no cree la medicina...Es una opción de vida de cada uno (Lonko 1).

El Lonko 1 explicó que algunas veces, personas no Mapuche van a un machi como una medicina alternativa, pero todavía, ellos tienen ‘minúscula’ fe en la medicina, si ellos van a un machi. Mientras en algunos casos es conectado a ‘mayúscula’ Fe, la necesidad es la conexión entre ‘minúscula’ fe y su propio uso de medicina. Este puede reforzar el uso de medicina indígena o debilitar la relación entre medicina Mapuche.

Además, cuando el curandero está relacionado con espiritualidad como en la cosmovisión Mapuche, esta relación con ‘mayúscula’ Fe y ‘minúscula’ fe se vuelve más interconectado. Por ejemplo, una persona Mapuche que participa en los elementos espirituales de la cosmovisión Mapuche, dijo en referencia a la machi, “ella me sanó...ella me recetó” (Persona Mapuche B). Pero, para otras personas, la identificación que Mapuche incluyen una religiosidad no es evidente. Por ejemplo, una mujer Mapuche y católica dijo que “Mapuche no tiene religión...yo no lo considero una religión, yo considero una tradición” (Persona Mapuche C). Este es donde la complejidad entre Fe, fe, cultura, etnia, y cosmovisión realiza. En este caso, cuando ella tuvo depresión, ella fue a un psicólogo y recibió medicamentos. Ella dijo que:

“Tengo una mala experiencia con un machi...cuando es un bien machi, y tú estás enferma, vas a ver, revisa la orina y dice. Tiene tantas cosas porque supuestamente la orina se ve la enfermedad...Pero, por esta enfermedad, yo no. Va al hospital. Necesita intervención de winka y medico winka...Yo no le tengo fe, y si yo no tengo fe a un machi, yo no venir a un machi...yo le tengo fe a los doctores” (Persona Mapuche C).

Para ella, en esta experiencia, el machi no refirió una persona a la medicina occidental cuando el machi no trató la enfermedad y la persona estuvo cerca de la muerte. Debido a eso, la medicina Mapuche perdió su fe. Sin embargo, para otra mujer, la relación entre religiosidad y medicina dentro de las tres cosmovisiones y ella, quien es evangélica y Mapuche dijo:

“Hay enfermedades que también necesita otros tipos de intervención, que no lo puede hacer un machi. Y otras enfermedades que la medicina tradicional no le puede en ver acá. Son diferentes diagnósticos...cosmovisiones totalmente distintas” (Persona Mapuche A).

Ella encontró una complementariedad entre las tres cosmovisiones a través de la separación de las tres cosmovisiones, pero no discrepa con su identidad cultural, religiosa o étnica.

5.5 Diagnóstico y Tratamiento Basado en Causa versus Basado en los Síntomas

Mientras las cosmovisiones occidentales discrepan mucho con la cosmovisión Mapuche, y las religiones occidentales tienen relaciones negativas culturalmente en un nivel teórico, hay dos espacios donde las cosmovisiones espirituales tienen una conciencia más alta en relación a salud mental.

Las dos cosmovisiones espirituales reconocen la importancia de la relación entre diagnóstico y tratamiento con la causa. En el otro lado, el sistema biomédico no es tan explícito

sobre este tema. En el sistema biomédico, la diagnosis y el tratamiento están basados en los síntomas de una enfermedad. En el DSM-5, un manual que psiquiatras usan para identificar trastornos mentales, la clasificación está basada en una lista de síntomas con un enfoque en la minimización de presencia de causas (Pritchard, 2015, p. 58). Por ejemplo, según al DSM-5, trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupación excesiva, una dificultad para controlar preocupación, agitación, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño. Estos síntomas causan deterioro en el funcionamiento no atribuye al uso de sustancias u otro trastorno médico (Reynolds & Kamphaus, 2013a). Esta definición, literalmente, son listas de síntomas sin un toque de causalidad. En el otro lado, la cosmovisión religiosa occidental y cosmovisión Mapuche incluyen elementos de causas en grados varios.

Había un enfoque en la causa en relación a salud mental con la comunidad Mapuche y la comunidad religiosa. Debido a la conexión a salud al ambiente en la cosmovisión Mapuche, también, hay una relación a entorno y causas de enfermedades en general y específicamente, mental. En comparación, la machi define depresión como:

“[Depresión] es un estado que es de tristeza, pero la gran mayoría cree que es una enfermedad, pero en realidad es un estado psicológico que todo debería vivir en un momento, no siempre. La ansiedad, también, es un estado psicológico” (Machi).

Durante esta entrevista, la machi continuó para hablar sobre las razones para mantener en uno de estos estados. Como ya se ha observado, la espiritualidad puede ser muy afectado por espacio en el contexto Mapuche. Además, en la cosmovisión Mapuche, la transgresión de un espacio a otro puede causar en una enfermedad espiritual:

“Transgresión a un espacio sagrado, por ejemplo. Ahí, la persona se va a causar a una... está en el espacio, está el gen, el dueño del espacio. Si va, ahí a transgredir, a cortar un árbol necesariamente, o van a quemar. Por ejemplo, hay una transgresión y eso que te causa una enfermedad mental, psicológico, porque empiezas alucinar. La energía te empieza a perseguirte, a incomodar tu cuerpo, a incomodar tu espíritu y te causa desequilibrio” (Facilitador 1).

La Machi explicó que:

“Todos, hoy en día, tenemos problemas psicológicos, en alguna forma, problema mental. Y porque empieza todo, es porque el consumismo” (Machi).

Mientras la Machi habló que ella usa la orina, la ropa y comportamiento también para diagnosticar enfermedades, durante la conversación ella enfocó en la causa. Este pasa con Facilitador 1, Lonko 1, y Lonko 2. Además, la presencia de causa estuvo prevalente en las conversaciones con el Sacerdote, y Pastor 1 a través del tema de consumismo que es debido a la globalización y sociedad capitalista existe en la teórica de las religiones occidentales. Mientras el sistema religioso no discursó este en la misma manera de las conversaciones con las personas Mapuche, hay consciencia de este tema en las iglesias. Cuando el Pastor 1 estuvo preguntaba sobre enfermedades espirituales, él dijo que:

El fanatismo...La gente, en su pobreza, en su necesidad, en la busca de ser feliz...Cuando se cae en fanatismo, no se razona, no se racionaliza. Si el pastor le dice hágalo, la gente lo hace, sin pensar si es bueno o malo. Este es una enfermedad que mayormente se da en los estratos social pobres, digamos bajo. Como también en la gente muy desesperada...quien está buscando algo, que la medicina no se lo da, quien trabaja no se lo da, que la compras. Que puede hacer es también un tema: Chile es un país consumista...la gente compra por comprar, no porque necesita comprar. La persona que cae en un fanatismo que vive en este fanatismo, busca la felicidad.” (Pastor 1).

La presencia de este enfoque en la cosmovision religioso occidental y la cosmovision Mapuche permite que ellos pueden tratar la causa en lugar de tratar los síntomas. La falta del este enfoque en la cosmovisión biomédico, y en vez de eso, el énfasis en los síntomas crea una falsedad de tratamiento donde hay más reconocimiento y tratamiento de la causa en la cosmovisión Mapuche y cosmovisiones occidentales religiosos en comparación de la cosmovisión occidental biomédico, según a estas entrevistas.

Además, la falta de énfasis en síntomas puede ser debido a la separación de la cosmovision biomédico de la cosmovision occidental espiritual como las cosmovisiones espirituales, los dos, entienden la importancia de causa en relación a salud mental. Este enfoque permite que las cosmovisiones espirituales tienen una consciencia de problemas estructurales, como consumismo, mientras la cosmovision biomédico tiene un enfoque en el tratamiento en una manera individual.

5.6 Apoyo a través de Conexión como Tratamiento por Enfermedades Mentales

El tratamiento con lo más enfoque durante las conversaciones con los profesionales en las cosmovisiones espirituales fue la necesidad por conexión y apoyo. Este es debido al enfoque en la causa en lugar de los síntomas. Este fue reflejado en las personas generales.

El tema de conexión prevalece en todo de las conversaciones a pesar de trabajo o papel en la comunidad, religión o cosmovision. Habían dos temas en común con las repuestas de las personas generales y los profesionales y líderes en las cosmovision Mapuche y religioso occidental a preguntas sobre trastornos de ansiedad y depresión: la necesidad para conversar o conectar con la persona, referencia a profesionales o líderes en la comunidad. Estos dos temas reflejan la consciencia de la importancia de ayuda y apoyo a través de conexión con otras personas.

Mientras las miembros generales en la comunidad no siempre entienden que es salud mental o tiene conciencia de los nombres de enfermedades mentales, las enfermedades mentales que presenta en las entrevistas son depresión, alcoholismo, violencia familiar, esquizofrenia, Alzheimer, bipolaridad y ansiedad. Había una frecuencia muy alta de la presencia de depresión durante las conversaciones, aunque algunas personas no perciben que es una enfermedad mental. Personas perciben que las causas de depresión y ansiedad tiene cuatro temas centrales: problemas familiares que incluye tensión en relaciones familiares y violencia intrafamiliar, problemas de trabajo y dinero que incluyen falta de trabajo, sueldos bajos, y deuda, violencia o desastres en la comunidad como robos o accidentes, y solitario. Las diferencias entre las respuestas parecen tener una relación más fuerte con la conciencia del vocabulario de salud mental en comparación de la conciencia de problemas mentales y emocionales en la comunidad. Este estaba reflejado en las respuestas de los miembros de la comunidad a las preguntas sobre los síntomas de depresión y ansiedad. Parte de la entrevista incluye dos preguntas sobre respuestas a los síntomas de depresión y ansiedad:

- ❖ ¿Si usted o un amigo se siente triste y desesperado cada día y está fatigado y no tiene mucho interés en cualquier cosa, qué hace o recomienda?
- ❖ ¿Si usted o un amigo se siente muy preocupado, tiene agitación e irritabilidad y tiene dificultad para dormir, qué hace o recomienda?

Había un enfoque en la necesidad por ayuda y más, apoyo y conexión a la comunidad. Personas dijeron que estas personas que tienen estos síntomas necesitan “ayuda emocional,”

“consejos” y “hablar y conversar.” Personas dijeron que, si un amigo tuviera estos síntomas, ellos ayudarían por ‘visitarlo,’ ‘acompañarlo,’ “conversa más,” “llevar comida para comer,” e “[invitar] a salir.” Además, las personas generales reconocen la necesidad para ir a un médico, psicólogo, psiquiatra, cura, pastor, o machi. La persona que ellos refieren refleja su uso de los sistemas en la comunidad, pero también, refleja la conexión entre la necesidad por ayuda y apoyo y conexión con un líder en la comunidad, su comunidad. Una mujer evangélica dijo que:

“Es necesario que nosotros tengamos una salud mental conectada con la iglesia...Acercándonos a dios, acercándonos a un grupo de personas religiosas, digamos, que vayan ellos a un templo. Y pedir ayuda, si nosotros no somos capaces solo” (Persona No Mapuche 1).

Este tema de la necesidad de comunidad y apoyo, también, existe en las entrevistas con los profesionales. Por ejemplo, la machi refirió a la necesidad por apoyo:

“Depende de un tratamiento en general, de toda la familia. Si la paciente que tiene esta enfermedad era apoyada por la familia, se puede. Pero un paciente que se trata solo sin apoyo de una familia es muy difícil...En todo tratamiento es fundamental igual el apoyo de otras personas” (Machi).

Ella explicó que usar hierbas naturales y ceremonias, pero también, conversaciones para ayudar personas con enfermedades mentales. Estas conversaciones son una forma para conectarse con el paciente. Esto se conversa en las iglesias, también. En este punto de vista, el sacerdote de la iglesia católica indica:

“La manera más importante para tratar una enfermedad espiritual es la confesión. Porque en esto tiempo, necesitamos que alguien me escuche. Porque en esto tiempo, nadie me escucha. Porque tenemos que tener la capacidad de aprender a escuchar. Y aprender a escuchar significa guardar silencio y poner la atención...de la situación de vida” (Sacerdote).

Confesión, para él, es su manera para conectar a otras personas y hablar con la gente. El Pastor 1 dijo sobre esta idea lo siguiente:

“La iglesia tiene una gran tarea porque la iglesia...trabaja con el corazón, con las emociones, con los sentimientos. Obviamente que, depende como estar la mente, muchas veces, del cuerpo...Es trabajo mío, como pastor, yo no soy psicólogo, nada, pero simplemente conversar, con la gente. Tratar de levantarlo, animarlo, cuidarlo...Que vuelva a confiar, que vuelva a quererse...trabajo mucho con la oración...la oración es conversar con Dios” (Pastor 1).

Esta idea de conexión o ‘conectividad’ no es nueva en el mundo de psicología. Townsend y McWhirter, en una revisión de literatura, explican que conectividad es una necesidad fundamental y poderosa que cuando no existe en la vida de una persona, puede contribuir a salud en una manera negativa (2005, p. 191). Conectividad es “una cercanía interpersonal con el mundo social más amplio o con otros individuos caracterizados por sentimientos como el cuidado, la pertenencia, la confianza, el valor y el respeto” (Whitlock et al., 2014, p. 2). Conectividad adaptiva conduce a resiliencia psicológica, en mujeres y hombres. Además, este fenómeno es considerado protegido en adolescentes (Townsend y McWhirter, 2005, p. 198, mi transducción). El Center for Disease Control and Prevention (CDC) identificó que conectividad es una manera para dirigirse las tasas altas de suicidio en los Estados Unidos y ha creado un enfoque en la mejora de la conectividad como una estrategia para la prevención del suicidio (Whitlock et al., 2014, p. 1). Es explicado que este fenómeno es especialmente importante en relación a fuerzas económicas, políticas, culturales, étnicas, y sociales (Townsend y McWhirter, 2005, p. 198). Debido a eso, la prevalencia de la conciencia de conexión y la necesidad por conectividad en lugares como las comunas de Carahue y Saavedra en La Araucanía donde hay tensión política entre el pueblo Mapuche y el Estado chileno y hay brechas grandes que es correlacionado con nivel socioeconómico y étnica es muy importante (INE, 2002; MINSAL, 2010; Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Conexión es un tratamiento de la causa que afecta los síntomas. Debido a eso, las cosmovisiones espirituales, que tienen una conciencia de la importancia de las causas, están tratando la causa en vez de solo tratando los síntomas. Este es reflejado en la diagnosis entre los tres modelos.

6. CONCLUSIÓN

Las dinámicas históricas han afectado las interacciones actuales entre las tres cosmovisiones predominantes en la atención de salud mental en la región de La Araucanía. Mientras las dos cosmovisiones occidentales han separado a religión y biomedicina, las dos, todavía, puede existir juntos y aún tienen una complementariedad. En este sistema occidental, todavía hay una necesidad por más conexión entre estas dos ideologías, pero esta conexión, todavía, necesita tener porque es la separación que permite la complementariedad. Sin embargo, es más difícil por la cosmovisión Mapuche entrar en esta coexistencia. Parte de eso, es el contexto histórico y la tensión histórica entre el Pueblo Mapuche y el Estado y el saber-poder occidental que detenta, pero el otro parte refiere a los marcos teóricos distintos entre la cosmovisión occidental e indígena. Otra parte es que la cosmovisión Mapuche incluye aspectos religiosos y aspectos médicos que no puede estar separado. Porque las cosmovisiones occidentales necesitan separación, y la cosmovisión Mapuche no puede estar separado, la complementariedad en un nivel teórico no es posible.

Sin embargo, esta dificultad en la coexistencia y complementariedad en un nivel teórico no ha detenido la coexistencia y complementariedad en un nivel individual. Debido a este marco de dos cosmovisiones distintos, esta complementariedad en un nivel individual tiene mucha diversidad porque cada persona tiene su propia forma de implementar en las prácticas por coexistencia de la cosmovisión occidental e indígena en maneras religiosas y médicas. El tema en común en esta área es la necesidad por fe en la medicina, pero eso no puede ser comentado sin el reconocimiento de las diversidades de cosmovisión que influyen la distintas conciencias, experiencias y niveles de fe.

Debido a esta diversidad de cosmovisiones en la comunidad, hay una necesidad por más reconocimiento por las creencias y conocimientos de cada persona en el mundo biomédico. Además, este reconocimiento necesita incluir la presencia e importancia de espiritualidad en salud en general y salud mental debido a la presencia de espiritualidad y fe en las cosmovisiones individuos. Sin embargo, este reconocimiento de salud espiritual necesita reconocimiento en relación a religiones occidentales y la cosmovisión Mapuche para no continuar el rechazo de la identidad Mapuche en la comunidad y los agentes de las otras cosmovisiones.

Además, las dos cosmovisiones medicas tienen maneras distintas para diagnosticar y tratar, las que están relacionadas con las cosmovisiones espirituales. Las cosmovisiones

espirituales tienen una gran conciencia de la importancia de causa en la diagnosis y tratamiento de enfermedades mentales. Debido a la falta de separación entre cosmovision espiritual y medica en la cosmovision Mapuche, hay más conciencia de la necesidad por conciencia de causa. En el otro lado, la separación entre las cosmovisiones occidentales ha creado la capacidad para separar la importancia de las causas y los síntomas. Debido a eso, hay un enfoque en las cosmovisiones espirituales en causas que afectan su manera para tratar que hace énfasis en la necesidad por un cambio estructural en lugar de uno individual.

Además, las dos cosmovisiones espirituales reconocieron la importancia de conectividad en las comunidades para responder a la crisis de salud mental. Este estudio encontró la importancia de conexión en los sistemas religiosos y la comunidad Mapuche para ayudar a abordar el tema de la salud mental. Esta conectividad que existe en todas de las cosmovisiones espirituales necesita existir en el sistema biomédico con el mismo nivel de importancia, especialmente debido a la relación de salud mental con las fuerzas culturales, socioeconómicos y políticas ya que La Araucanía es un lugar de tensión entre el pueblo Mapuche y el Estado chileno.

Este estudio es solo el inicio de las investigaciones sobre la relación entre las cosmovisiones espirituales y médicas en La Araucanía. Hay una necesidad por más estudios y atención a la importancia de las relaciones entre estas cosmovisiones y los efectos de estas relaciones en las creencias de la gente general y las percepciones y concepciones de salud general, salud mental y salud espiritual. Además, hay una necesidad de mayor investigación para abordar de manera efectiva los trastornos mentales y espirituales para atender a la comunidad en una manera adecuada.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Soy una estudiante de los Estados Unidos. Originalmente, soy del estado de Connecticut y actualmente voy a Smith College en el centro de Massachusetts. Estoy trabajando por una especialidad en neurociencia con una asignatura secundaria en español y una concentración en cambio social y participación de la comunidad. Este semestre, tenía la oportunidad para viajar a Chile para estudiar en el extranjero y aprender sobre salud pública, medicina tradicional y empoderamiento de las comunidades como parte de la School of International Training (SIT). Estoy agradecido por esta experiencia y cada persona que me ayudaba durante este viaje, físicamente, educacionalmente, y personalmente. Sin embargo, esta experiencia me ha animado a preguntar mis intenciones y las intenciones del programa para acceder un ambiente académico en un país extranjero.

Una componente de la experiencia de SIT es que por el último mes cada estudiante tiene el trabajo para conducir una investigación antropológica. Este proyecto está diseñado para enseñar los estudiantes a través del uso de comunidades chilenas. Mientras los otros estudiantes y yo nos enseñaron sobre la importancia y necesidad por reciprocidad, este trabajo falta la habilidad para participar en una manera de cambio equitativo. En un estudio como eso, reciprocidad necesita pasar en dos maneras: individual y social. Durante mi investigación, yo entrevisté 15-20 personas por 30 minutos a un hora y media. Este uso de tiempo y extracción de información necesitan estar reciprocado, pero el pan del supermercado y dulces o café de la cafetería no era una compartido igual de recursos especialmente debido a la falta de reciprocidad en una manera social. Debido a la estructura del trabajo y falta de asociación del programa con organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, este estudio era principalmente conducido por objetivos educacionales, no en una manera que en última instancia podría beneficiar a la comunidad. Esta experiencia educacional falta reciprocidad, por lo tanto, es éticamente irresponsable.

He tenido la oportunidad para presenciar la compasión y fuerza de la comunidad de la gente en Carahue y Saavedra. He invitado a hogares y campos, hablado a través de mesas de cocina, compartido onces, y escuchado en salones mientras compartiendo mate. He escuchado historias de éxito y milagros y también experiencias de luchas y frustración. Estas personas no necesitan una estadounidense que tiene 21 años, que, todavía aprendiendo español, en su pueblo

por tres semanas grabando sus experiencias, ellos necesitan acción. Ellos no necesitan una persona para analizar la discriminación y opresión institucionalizado, porque la mayoría de las personas tiene la conciencia de esta discriminación y opresión institucionalizada que existe en la sociedad hoy. Ellos necesitan un cambio.

Yo, actualmente, no tengo el poder para iniciar este cambio, especialmente como parte de un programa que no tiene la asociación con instituciones en la región. Sin embargo, soy parte de una institución, SIT, que es un producto de la historia de colonización. Como parte de este sistema, creo que este es nuestra obligación para iniciar cambio donde nosotros podemos. Mi proyecto es centralizado alrededor la investigación de opresión institucionalizada debido a la historia de colonización y asimilación forzada. Sin embargo, estoy en Chile debido a la estructura colonial, y este trabajo que me dieron esta perpetuando el dinámico colonial que yo estoy investigando.

Este programa necesita una transformación. Veinticuatro estudiantes este semestre tenían un mes disponible. Cada semestre, esta población activa se renueva con entre de 20 y 30 estudiantes. A partir de ahora, los proyectos de investigación independiente funcionen en una manera que es centrado en los estudiantes en vez de aprendiendo practicas éticas que son centrado en las comunidades. Estas estudiantes podrían contribuyendo a las comunidades en una manera que beneficia la comunidad. Si este programa quiere tener un efecto positivo en la comunidad, que debe ser su primera prioridad como una organización internacional, las necesidades y los deseos de las comunidades necesitan estar centrados en la discusión y más esfuerzo debe ir en la creación de estas relaciones positivas.

Una transformación necesita incluir:

- Más tiempo para observar las prácticas de los sistemas de salud.
- Más tiempo de retroalimentación para los estudiantes adaptar a la información.
- Acciones que beneficiar la comunidad durante el proceso de aprendizaje.

Algunas maneras para hacer eso:

- Queda la estructura del programa con un periodo de ISP/HP, pero tiene pasantías que tiene relaciones con el programa cada semestre que estudiantes pueden elegir a través de un proceso de aplicaciones.

- Cambia la estructura del programa para que los estudiantes pueden tener relaciones con organizaciones por 3.5 meses y tiene pasantías en Arica que estudiantes van cada semana por la duración total del programa que tiene relaciones con el programa cada semestre.

Con este tipo de transformación, no solo la comunidad habría sido mejor servida, pero hubiera tenido la oportunidad de impactar positivamente a la comunidad creando un ambiente de aprendizaje más intencional y compasivo.

9. FINAL CONSIDERATIONS

I am a student from the United States of America. I am originally from the state of Connecticut and currently attend Smith College in central Massachusetts. I am working towards a degree in neuroscience with a minor in Spanish and a concentration in Social Change and Community Engagement. This semester, I had the opportunity to travel to Chile to study abroad and learn about public health, traditional medicine and community empowerment as a part of the School for International Training (SIT). I am extremely grateful and appreciative for this experience and every person who has given me directions along the way, whether it be physically, academically, or personally. However, this experience has pushed me to question my own intentions as well as the intentions of the program in accessing an academic environment in a foreign country.

A component of the SIT experience is that the last month of the program each student is given the assignment to conduct an anthropological investigation. This project is designed to teach students by use of Chilean communities. While other students and I were taught about the importance and need for reciprocity, this assignment lacks the ability to participate in a manner of equitable exchange. In a study of this nature, reciprocity needs to occur on two scales: individual and societal. During my investigation, I interviewed 15-20 people for 30 minutes to an hour and a half. This use of their time, as well as extraction of information needs to be reciprocated, yet the store-bought bread and sweet treats or coffees at the nearby café was not an equal sharing of resources especially due to the lack of reciprocity on a societal scale. Due to the structure of this assignment and lack of association with governmental and non-governmental organizations, this study was primarily conducted for individual educational purposes, not in a manner that could ultimately benefit the community. Thus, this educational experience lacks reciprocity and thus, is ethically irresponsible.

I have had the opportunity to witness the compassion and community strength of the people of Carahue and Saavedra. I have been invited into homes and onto farms, talked across kitchen tables, shared once, and listened in living rooms while sharing mate. I have heard stories of success and miracles as well as experiences of struggle and frustration. These people do not need a 21-year-old American, who is still learning Spanish, in their town for three weeks recording their experiences, they need action. They do not need someone to analyze the

discrimination and institutionalized oppression, because the majority of these people are fully aware of the discrimination and institutionalized oppression that exists within their society every day. They need change.

I currently do not have the power to initiate this change, especially as a part of a program that does not have a connection to these institutions in the region. However, I am a part of an institution, SIT, that is a product of this history of colonialization. As a part of this system, I believe that is our obligation to initiate change where we can. My project is centralized around the investigation of institutionalized oppression due to a history of colonialization and forced assimilation. However, I am here in Chile due to this colonial structure and the assignment I was given is perpetuating the colonial dynamic I am investigating.

This program needs a transformation. Twenty-four student this semester had a month free, four full weeks. Every semester, this workforce is renewed with between 20 and 30 students. As of now, the independent research projects function in a student-focused manner instead of teaching ethical community-centered practices. These students could be contributing to the community in a way that truly benefits the community. If this program wants to have a positive effect on the community, which should be its first priority as an international organization, the communities' needs and wants need to be the center of this discussion and more effort needs to go into creating these positive relationships.

A transformation needs to include:

- More time to observe the practices of the health systems.
- More time for feedback from community partners and project advisers so the student can effectively receive criticism and adapt.
- Actions that benefit the community during the learning process.

Suggestions on how the program could do this:

- Keep the structure of the program with an ISP/HP period and have pre-structured internships that already have a relationship with the program and that students can choose through an application process.
- Restructure the program so that students have the opportunity to have a consistent relationship with a community organization for the entirety of the 3.5 months and have pre-structured internships that have a relationship with the program already.

With this type of transformation, not only would the community have been better served, but I would have had the opportunity to positively impact the community creating a more intentional and compassionate learning environment.

9. REFERENCIAS

- Bustamente, F., Ramirez, V., Urquidi, C., Bustos, V., Yaseen, Z., & Galynker I. (2015). Trends and Most Frequent Methods of Suicide in Chile Between 2001 and 2010. *Hogrefe Publishing: Crisis*, 37(1), 21-30. DOI: 10.1027/0227-5910/a000357
- Boccaro, G. (2002). The Mapuche People in Post-Dictatorship Chile. *EHESS Études Rurales*, 163, 283-303.
- Dein, S., Cook, C., Powell, A., & Eagger, S. (2010). Religion, spirituality and mental health. *The Psychiatrist*, 34 (2), 63-64.
- Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). <http://www.ine.cl>
- Guerra de Arauco (1550-1656) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s. f.). Recuperado 17 de mayo de 2017, a partir de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-691.html>
- Hahn, R., & Kleinman, A. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Ann. Rev. Anthropol.*, 12, 305–33.
- Hassim, A., Heywood, M., & Berger, J. (2007). Traditional and alternative health care. *Health and Democracy*. Obtenido el 21 de abril de 2017, de <http://www.section27.org.za/wp-content/uploads/2010/04/Chapter7.pdf>
- Hita S. (2010). *Donde el viento llega cansado: Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperacion Italia.
- Kauffman, G. (2002). Miracle as Placebo Effect: Catholicism, Biomedicine and the Realm of Healing. *Anthropology Senior Theses*, Paper 30.
- Kleinman, A., Lockwood G., Usmani S., Chrisholm D., Marquez P., Evans T., & Saxena S. (2016). Time for mental health to come out of the shadows. *World Health Organization Elsvier Ltd/Inc/BV*, 387, 2274-5.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Soc. Sci & Med*, 12, 85-93.
- Levin, J. (2010). Religion and Mental Health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. DOI: 10.1002/aps.240
- Markkula, N., Zitko, P., Peña S., & Margozzini P. (2017). Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 52, 399-409. DOI 10.1007/s00127-017-1346-4
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2011). Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. *Gobierno de Chile*. Recuperado 16 de mayo de 2017, a partir de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo. (2013). El Parque Costanera Carahue-Proyecto Programa Renovacion Urbana 2011. *Cuidad de Carahue*.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2016). Orientaciones Técnicas para la Atencion de Salud Mental con Pueblos Indigenas: Hacia un Enfoque Intercultural. *Gobierno de Chile*.
- Ministerio de Desarrollo Social (2013). Estimacion de la pobreza por ingresos a nivel comunal 2013 Nueva metodologia (SAE e imputacion de medias por conglomerados) CASEN.

- Misioneros y mapuches (1600-1818) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s. f.). Recuperado 16 de mayo de 2017, a partir de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3615.html>
- Ocupación de La Araucanía (1860-1883) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s. f.). Recuperado 16 de mayo de 2017, a partir de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3630.html>
- OMS | Salud mental: un estado de bienestar. (s. f.). Recuperado 29 de mayo de 2017, a partir de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organizacion Mundial de la Salud (OMS). (2013). Salud Mental: Un Estado de Bienestar. Recuperado 28 de mayo de 2017, a partir de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pritchard, D. (2015). Classification in Psychiatry: From a Symptom Based to a Cause Based Model?. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 7-20.
- Prusak, J. (2016). Differential diagnosis of “Religious or Spiritual Problem” – possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. *Psychiatr. Pol.* 50(1), 175-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59115>
- Quidel, J. (2017) Pu Mapunche Ñi Gijañmawün. *SIT Study Abroad Viaje de Campo La Aruacania*. 17-26.
- Reynolds, C. & Kamphaus R. (2013). Generalized Anxiety Disorder DSM-5 Diagnostic Criteria. *BACS3 from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association*.
- Reynolds, C. & Kamphaus R. (2013). Major Depressive Disorder DSM-5 Diagnostic Criteria. *BACS3 from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association*.
- Torri, M. (2011). The Influence of Christian Conversion in Mapuche Traditional Medicine in Temuco, Chile: Toward a Cultural Syncretism or a form of Ideological Assimilation?. *J Relig Health*, 52, 1228-1239. DOI 10.1007/s10943-011-9561-x
- Townsend, K. & McWhirter, B. (2005). Connectedness: A Review of the Literature with Implications for Counseling, Assessment, and Research. *Journal of Counseling and Development*, 83, 191-202.
- Tubino, F. “El Estado Monocultural y las Politicas del Reconocimiento.” II Congreso Internacional ODUICAL de Interculturalidad, 3 Mayo 2017, Universidad Católica de Temuco. Clase Magistral.
- Ventres, W., & Dharamsi, S. (2013). Beyond Religion and Spirituality: Faith in the Study and Practice of Medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 56(3), 352-361.
- Whitlock, J., Wyman, P., & Moore, S. (2014). Connectedness and Suicide Prevention in Adolescents: Pathways and Implications. *The American Association of Suicidology*, DOI: 10.1111/sltb.12071

10. APENDICES

10.1 Formulario de Consentimiento

SIT Study Abroad



School for International Training

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

TEMA DEL PROYECTO DE ESTUDIO INDEPENDIENTE:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este proyecto.

Mi nombre es _____. Soy estudiante del programa *Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad* de SIT Study Abroad, y me gustaría invitarle a participar en un estudio que estoy dirigiendo. Sin embargo, antes de que acepte participar en este estudio, es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

a. *Privacidad*: Toda la información que usted presente en esta entrevista puede ser grabada y protegida. Si usted *no* quiere que la información sea grabada, me debe hacerlo saber, y de tal manera no la grabaré.

b. *Confidencialidad*: toda la información confidencial será protegida.

c. *Retiro*: Usted es libre de retirarse de la entrevista y del proyecto en cualquier etapa de éste, y puede no responder cualquier parte de la investigación. Si desee retirarse, puede hacerlo inmediatamente y sin prejuicio de sus intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de Word Learning y verificar sus políticas en *Investigación con Sujetos Humanos* en <http://studyabroad.sit.edu/documents/studyabroad/human-subjects-policy.pdf>, o contactar al Director Académico Brian B. Johnson a brian.johnson@sit.edu.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de este estudio, por favor contácteme al número de teléfono: _____; o, al correo electrónico: _____.

Por favor firme abajo si está de acuerdo en participar en este estudio de investigación, y admite tener 18 años o más.

Firma del participante: _____ Fecha _____

Firma del Investigador: _____ Fecha _____

10.2 Guía para los Entrevistas

Entrevista con miembros de la comunidad:

A. Preguntas de Identificación:

1. ¿Cuántos años tiene usted?
2. ¿En qué trabaja usted? ¿Por cuántos años?
3. ¿De donde es?

B. Preguntas para analizar percepciones de salud mental y espiritualidad (1a, 1b, 1d):

1. ¿Para usted, qué significa ‘tener una buena salud’?
2. ¿Para usted, qué significa ‘tener buena salud mental’?
3. ¿Qué son enfermedades mentales para usted?

4. ¿Qué son los síntomas de estas enfermedades?
5. ¿Qué causa una enfermedad mental?
6. ¿Conoce cuales son los tratamientos por una enfermedad mental?
7. ¿A su parecer, cuáles son las enfermedades mentales más comunes por Carahue y Puerto Saavedra y La Araucanía?
8. ¿Para usted, qué es espiritualidad? ¿Hay una relación entre salud mental y espiritualidad? ¿(Si sí) qué piensa sobre esta relación?
9. ¿Piensa que enfermedades espirituales y/o religiosas existe? ¿(Si sí) qué es una enfermedad espiritual o religiosa?
 - a. ¿Qué son los síntomas de estas enfermedades?
 - b. ¿Qué causa una enfermedad espiritual?
 - c. ¿Qué son los tratamientos por una enfermedad espiritual?
 - d. ¿Para usted, qué significa ‘tener una buena salud espiritual’?

C. Preguntas para analizar percepciones de depresión (1c):

1. ¿Si usted o un amigo sienta triste y desesperado cada día y esté fatigado y no tenga mucho interés en cualquier cosa, qué hace o recomiende?
2. ¿Qué puede causar estos síntomas?
3. ¿Conoce qué es depresión?
4. ¿Hay una relación entre estos síntomas y depresión?

D. Preguntas para analizar percepciones de ansiedad (1c):

1. ¿Si usted o un amigo sienta mucho preocupado, tenga agitación e irritabilidad y tenga dificultad para dormir, qué hace o recomiende?
2. ¿Qué puede causar estos síntomas?
3. ¿Conoce qué es ansiedad?
4. ¿Hay una relación entre estos síntomas y ansiedad?

E. Preguntas Finales:

1. ¿Practica una religión? (si la respuesta fue sí) Cual? ¿De qué manera practica su religión? ¿Por cuantos años practica?
2. ¿Hay una relación entre su religión y salud mental?
3. ¿Se considera Mapuche? ¿Participa en ceremonias? ¿Tiene un apellido Mapuche?
4. ¿Cómo es la relación entre la iglesia y el pueblo Mapuche?
 - a. ¿Piensa que es posible practica una religión y se considera Mapuche?
5. ¿Cómo es la relación entre el sistema biomédico y medicina Mapuche?
 - a. ¿Usa los dos sistemas?

Entrevista con médicos y psicólogos (biomedicina):

A. Preguntas de Identificación:

1. ¿De donde es?
2. ¿Cuál es su profesión? ¿Cuántos años trabajan en esta posición?
3. ¿Puede explicar sus responsabilidades en esta profesión?

B. Preguntas para analizar percepciones de salud mental y espiritual (1a, 1b):

1. ¿En el contexto de biomedicina, qué significa ‘tener una buena salud’?
2. ¿Qué significa ‘tener buena salud mental’?
3. ¿Cuáles son las llamadas enfermedades mentales?
4. ¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades mentales?
5. ¿A su parecer, cuáles son enfermedades mentales más comunes en Carahue y la Araucanía?
6. ¿A su parecer, cuáles son las enfermedades mentales más comunes con la comunidad Mapuche? ¿La comunidad chilena? ¿Hay una diferencia?
7. ¿Qué causa las enfermedades mentales?
8. ¿Cuáles son los tratamientos por las enfermedades mentales?

9. ¿Según su experiencia, hay una diferencia en los tratamientos por enfermedades mentales por la comunidad Mapuche y la comunidad chilena?
10. ¿Piensa que enfermedades espirituales y/o religiosas existe?
 - a. ¿(Si sí) qué es una enfermedad espiritual o religiosa?
 - b. ¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades?
 - c. ¿Qué causa una enfermedad espiritual?
 - d. ¿Cuáles son los tratamientos por una enfermedad espiritual?
 - e. ¿Para usted, qué significa ‘tener una buena salud espiritual’?
 - f. ¿Hay una relación entre salud mental y salud espiritual?

C. Preguntas para analizar percepciones de depresión (1c):

1. ¿Si usted o un paciente sienta triste y desesperado cada día y esté fatigado y no tenga mucho interés en cualquier cosa, qué hace o recomienda?
2. ¿Qué puede causar estos síntomas?
3. (Si depresión no es parte de la conversación) ¿Qué es depresión?
 - a. ¿Qué causa?
 - b. ¿Qué se necesita hacer cuando una persona tiene depresión?
 - c. ¿Hay pacientes que usan otros métodos de tratamiento como medicina Mapuche o prácticas religiosas?

D. Preguntas para analizar percepciones de ansiedad (1c):

1. ¿Si usted o un amigo sienta mucho preocupado, tenga agitación e irritabilidad y tenga dificultad para dormir, qué hace o recomienda?
2. ¿Qué puede causar estos síntomas?
3. (Si ansiedad no es parte de la conversación) ¿Qué es depresión?
 - a. ¿Qué causa?
 - b. ¿Qué se necesita hacer cuando una persona tiene depresión?
 - c. ¿Hay pacientes que usan otros métodos de tratamiento como medicina Mapuche o prácticas religiosas?

E. Preguntas Finales:

1. ¿Practica una religión? (si la respuesta fue sí) Cual? ¿De qué manera práctica su religión? ¿Por cuantos años practican?
2. ¿Se considera Mapuche? ¿Participa en ceremonias? ¿Tiene un apellido Mapuche?
3. ¿Cómo es la relación entre el sistema biomédico y el pueblo Mapuche?
4. ¿Hay pacientes que usan los dos sistemas? ¿Para salud mental?

Entrevista con líderes Mapuche:

A. Preguntas de Identificación:

1. ¿De donde es?
2. ¿A qué se dedica o cuál es su trabajo? ¿Cuántos años trabajan en esta posición?
3. ¿Puede explicar sus responsabilidades en esta profesión?

B. Preguntas para analizar percepciones de salud mental y espiritual (1a, 1b):

1. ¿En el contexto Mapuche, qué significa ‘tener una buena salud’?
2. ¿Qué significa ‘tener buena salud mental’?
3. ¿Cuáles son las llamadas de enfermedades mentales?
4. ¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades mentales?
5. ¿A su parecer, cuáles son enfermedades mentales más comunes en Carahue y La Araucanía?
6. ¿A su parecer, cuáles son las enfermedades mentales más comunes con la comunidad Mapuche? ¿La comunidad chilena? ¿Hay una diferencia?
7. ¿Qué causa las enfermedades mentales?
8. ¿Cuáles son los tratamientos por las enfermedades mentales específicamente desde la perspectiva Mapuche?

9. ¿Según su experiencia, hay una diferencia en los tratamientos por enfermedades mentales entre las personas Mapuche y la comunidad chilena?
10. (Si la persona no habla sobre espiritualidad) ¿Piensa que hay una relación entre salud mental y espiritualidad?
 - a. ¿Piensa que enfermedades espirituales y/o religiosas existe?
 - g. ¿(Si sí) qué es una enfermedad espiritual o religiosa?
 - h. ¿Qué son los síntomas de estas enfermedades?
 - i. ¿Qué causa una enfermedad espiritual?
 - j. ¿Qué son los tratamientos por una enfermedad espiritual?
 - k. ¿Para usted, qué significa ‘tener una buena salud espiritual’?
 - l. ¿Hay una relación entre salud mental y salud espiritual? ¿Qué es la diferencia?

C. Preguntas para analizar percepciones de depresión (1c):

1. ¿Si usted o un paciente sienta triste y desesperado cada día y esté fatigado y no tenga mucho interés en cualquier cosa, qué hace o recomienda?
 - a. ¿Qué puede causar estos síntomas?
2. (Si depresión no es parte de la conversación) ¿Qué es depresión?
 - a. ¿Qué causa?
 - b. ¿Qué se necesita hacer cuando una persona tiene depresión?
 - c. ¿Hay pacientes que usan otros métodos de tratamiento como medicina Mapuche o prácticas religiosas?

D. Preguntas para analizar percepciones de ansiedad (1c):

1. ¿Si usted o un amigo sienta mucho preocupado, tenga agitación e irritabilidad y tenga dificultad para dormir, qué hace o recomienda?
 - a. ¿Qué puede causar estos síntomas?
2. (Si ansiedad no es parte de la conversación) ¿Qué es ansiedad?
 - a. ¿Qué causa?
 - b. ¿Qué se necesita hacer cuando una persona tiene ansiedad?
 - c. ¿Hay pacientes que usan otros métodos de tratamiento como medicina Mapuche o prácticas religiosas?

E. Preguntas Finales:

1. ¿Practica una religión? (si la respuesta fue sí) ¿Cual? ¿De qué manera practica su religión? ¿Por cuantos años practican?
2. ¿Se considera Mapuche? ¿Participa en ceremonias? ¿Tiene un apellido Mapuche?
3. ¿Cómo es la relación entre la iglesia y el pueblo Mapuche?
4. ¿Piensa que es posible practica una religión y se considera Mapuche?
5. ¿Cómo es la relación entre el sistema biomédico y el pueblo Mapuche?
6. ¿Hay pacientes que usan los dos sistemas? ¿Para salud mental?

Entrevista con sacerdotes y pastores (religiones occidentales):

A. Preguntas de Identificación:

1. ¿De donde es?
2. ¿En qué trabaja? ¿Cuántos años trabajan en esta posición?
3. ¿Puede explicar sus responsabilidades en esta profesión?

B. Preguntas para analizar percepciones de salud mental y espiritualidad (1a, 1b):

1. ¿En el contexto de su religión, qué significa ‘tener una buena salud’?
2. ¿Qué significa ‘tener buena salud mental’?
3. ¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades mentales?
4. ¿A su parecer, cuáles son enfermedades mentales más comunes en Carahue y la Araucanía?
5. ¿A su parecer, cuáles son las enfermedades mentales más comunes con la comunidad Mapuche? ¿La comunidad chilena? ¿Hay una diferencia?

6. ¿Qué causa las enfermedades mentales?
7. ¿Cuáles son los tratamientos por las enfermedades mentales?
8. ¿Hay una diferencia en los tratamientos por enfermedades mentales entre la comunidad Mapuche y la comunidad chilena?
9. (Si la persona no habla sobre espiritualidad) ¿Piensa que hay una relación entre salud mental y espiritualidad?
10. ¿Piensa que enfermedades espirituales y/o religiosas existe?
 - a. ¿(Si sí) qué es una enfermedad espiritual o religiosa?
 - b. ¿Qué son los síntomas de estas enfermedades?
 - c. ¿Qué causa una enfermedad espiritual?
 - d. ¿Qué son los tratamientos por una enfermedad espiritual?
 - e. ¿Para usted, qué significa ‘tener una buena salud espiritual’?
 - f. ¿Hay una relación entre salud mental y salud espiritual? ¿Qué es la diferencia?

C. Preguntas para analizar percepciones de depresión (1c):

1. ¿Si usted o un miembro de su comunidad sienta triste y desesperado cada día y esté fatigado y no tenga mucho interés en cualquier cosa, qué hace o recomienda?
 - a. ¿Qué puede causar estos síntomas?
2. (Si depresión no es parte de la conversación) ¿Qué es depresión?
 - a. ¿Qué causa?
 - b. ¿Qué se necesita hacer cuando una persona tiene depresión?
 - c. ¿Hay pacientes que usan otros métodos de tratamiento como medicina Mapuche o prácticas religiosas?

D. Preguntas para analizar percepciones de ansiedad y preocupación (1c):

1. ¿Si usted o un miembro de su comunidad sienta mucho preocupado, tenga agitación e irritabilidad y tenga dificultad para dormir, qué hace o recomienda?
 - a. ¿Qué puede causar estos síntomas?
2. (Si ansiedad no es parte de la conversación) ¿Qué es ansiedad?
 - a. ¿Qué causa?
 - b. ¿Qué se necesita hacer cuando una persona tiene ansiedad?
 - c. ¿Hay pacientes que usan otros métodos de tratamiento como medicina Mapuche o prácticas religiosas?

E. Preguntas Finales:

1. ¿Practica una religión? (si la respuesta fue sí) ¿Cual? ¿De qué manera practica su religión? ¿Por cuantos años practican?
2. ¿Se considera Mapuche? ¿Participa en ceremonias? ¿Tiene un apellido Mapuche?
3. ¿Cómo es la relación entre la iglesia y el pueblo Mapuche?
4. ¿Piensa que es posible practica una religión y se considera Mapuche?
 - ¿Cómo es la relación entre el sistema biomédico y la Iglesia?