

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2019

Los Microcosmos de la Interculturalidad? Una mirada al cómo los trabajadores de la salud biomédica de origen indígena relacionan con los modelos de salud tradicional y occidental

Taylor Lord

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



Part of the [Alternative and Complementary Medicine Commons](#), [Health Communication Commons](#), [Health Policy Commons](#), [Indigenous Studies Commons](#), [Integrative Medicine Commons](#), [International and Intercultural Communication Commons](#), [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Medicine and Health Commons](#), and the [Politics and Social Change Commons](#)

Los Microcosmos de la Interculturalidad?

**Una mirada al cómo los trabajadores de la salud biomédica de origen indígena relacionan
con los modelos de salud tradicional y occidental**

Taylor Lord

Consejero: Osvaldo Abdala

Director Académico: Daniel Poblete

Otoño 2019

SIT Arica, Chile

Abstract

Research Question: How does a biomedical health professional with indigenous roots in Chile relate the biomedical model of healthcare with the alternative indigenous model in their practice?

Objectives: The primary objective of this study was to understand how and if a biomedical health professional with indigenous roots relates and integrates two models of healthcare in their daily practice. A Secondary objective was analyzing if integration affects philosophy of care in relation to patients in critical conditions. In sum, it looked to study biomedical health professionals with indigenous roots as potential microcosms of interculturality that can demonstrate the benefits of a more equitable intercultural system.

Background: Amidst the global conversation of cultural competency and studies exposing the health inequities in its indigenous groups, Chile began a program of intercultural health in 1980. In the past 40 years, efforts to achieve an intercultural health care system have included implementation of educational programs in facilities, 2 intercultural hospitals, and inclusion of traditional healers in biomedical facilities with high indigenous populations. However, interculturality is still constructed as process of conversation between two actors from two different cultures. The study argued that this construction inhibits an equitable system of interculturality and perpetuates the hierarchy of knowledge. It argued that indigenous knowledge and philosophies are excluded from a the health world, instead of being incorporated into biomedical techniques in beneficial ways.

Methodology: This study is comprised of 12 semi-structured interviews that took place in the Arica-Parinacota region of Chile. 9 of the interviews were conducted with biomedical professionals with indigenous origins. 2 of the interviews were conducted with Aymaran doctors. 1 of the interviews were with a current medical student.

Results: Analysis of common themes within the interviews showed that an understanding of indigenous health emerges to be integrated into a practitioners treatment philosophies. However, results showed that external factors—current exposure to culture, education, politics, power dynamics—affected whether such integration is expressed consciously or subconsciously.

Key words: cultural competency, intercultural health, healthcare models.

Resumen

Pregunta Principal: ¿Cómo relaciona un funcionario occidental que viene de una cultura indígena los dos modelos de salud-enfermedad en su práctica?

Objetivos: El objetivo primario de esta investigación fue entender cómo y si a un funcionario de salud biomédico con orígenes indígenas relaciona e integra los dos modelos de salud-enfermedad en su práctica cotidiana. Un objetivo secundario fue analizar si esta integración afecta la filosofía de cuidar a pacientes en condiciones críticas. En conclusión, intentó a estudiar los profesionales de salud biomédico con orígenes indígenas como microcosmos de la interculturalidad quienes pueden demostrar los beneficios de un sistema intercultural más equitativo.

Antecedentes: En medio de la conversación global de la competencia cultural y nuevos estudios que expusieron las inequidades de salud en las poblaciones indígenas, Chile empezó un programa de salud intercultural en los 1980s. En las últimas 40 años, esfuerzos para lograr un sistema intercultural han incluido la implementación de unos programas educativos, 2 hospitales interculturales y la inclusión de médicos tradicionales en facilidades biomédicas con alta poblaciones indígenas. Sin embargo, la interculturalidad todavía es construida como un proceso de conversación entre dos actores desde dos culturas. Este estudio argumenta que esta construcción inhibe un sistema equitativo de la interculturalidad y perpetúa una jerarquía del conocimiento. Presenta que el conocimiento y las filosofías indígenas son excluidos del mundo de salud, en lugar de ser incorporado en las técnicas biomédicas en maneras beneficiosas.

Metodología: Estuvo compuesta de 12 entrevistas semi-estructuradas. 9 de ellas fueron con funcionarios biomédicos con orígenes indígenas. 2 of the entrevistas fueron con médicos Aymara. 1 fue con un estudiante de medicina.

Resultados: El análisis de temas comunes de las entrevistas indicó que un entendimiento del modelo indígena de la salud-enfermedad es integrada en las filosofías del tratamiento de los funcionarios. Sin embargo, los resultados demostraron que factores externas—la exposición hoy en día a la cultura, educación, políticas y dinámicos de poder—afectaron si la integración fuera expresada conscientemente o inconscientemente.

Palabras claves: la competencia cultural, salud intercultural, modelos de salud-enfermedad

Reconocimientos

Esta investigación no sería posible sin la ayuda de una red de personas en Arica, Chile. Gracias a ellas, podía realizar este proyecto con apoyo y interés. Primeramente, gracias a mi consejero, Osvaldo Abdala. Desde encontrar contactos claves y arreglando las entrevistas hasta conversar conmigo para aclarar el embrollo de mis pensamientos, este proyecto no sería posible sin su apoyo y correos electrónicos calmantes. Además, gracias a Aldo Rivera, por su ayuda en encontrar participantes en Putre. Estoy agradecida por mi familia anfitriona en Putre por proveer una casa divertida y las cenas ricas de habas durante mi estancia en Putre. Gracias al equipo de SIT en Arica por su trabajo a lo largo de este semestre. Reconozco todo el trabajo y las horas que han dedicado a nuestra experiencia que nunca olvidaré.

Por su puesto, estos reconocimientos no serían completos sin nombrar la papel crucial de Ester y Eduardo, mi familia anfitriona, en mi tiempo en Arica. Gracias por las conversaciones sobre tazas de té jengibre y limón y por todo los cariños a lo largo de estos meses. Nunca sería tan alegre sin su apoyo.

Finalmente, estoy muy agradecida a todos los funcionarios medicales que tomaron el tiempo hablar conmigo al medio de sus horarios llenos. Estoy alegre que podía esparcir sus opiniones y sabiduría. Espero que esta investigación funcione a compartir sus voces valiosas en el mundo de la medicina, aún si sea en una escala pequeña.

Índice

1. Introducción	6
2. Objetivos	9
3. Marco Teórico	9
4. Metodología	15
5. Resultados	17
6. Análisis	26
7. Conclusión	32
8. Referencias	34

Apéndice

I: Preguntas de Entrevista

II: Perfil de los Entrevistados

III: Formulario de Consentimiento

1. Introducción

En las últimas décadas, el crecimiento de la antropología médica y el reconocimiento de las inequidades de la salud mundial han desenterrado las limitaciones del sistema biomédico. Históricamente, el modelo biomédico de la salud-enfermedad ha enfocado en tratar el físico y biológico, excluyendo los aspectos psico-social-espirituales de las pacientes y usando los medicamentos. Además, subordina los técnicos y conocimientos alternativos de otros modelos de salud-enfermedad. Sin embargo, esta construcción occidental de la salud es atrincherada a lo largo de los sistemas de salud mundiales. Unos movimientos de la competencia cultural/estructural, y los programas de salud intercultural han empezado a cambiar la construcción del sistema occidental a incluir más voces y apreciar la importancia del psicosocial en la salud. Sin embargo, todavía existe una jerarquía del conocimiento que silencia otros conocimientos y, como consecuencia, las necesidades de la gente más vulnerable.

Como un estudiante que aspira a ser un médico, cuando aprendo sobre los críticos del sistema biomédico, me inspira pensar en cómo se puede mitigar sus limitaciones. Además, me pregunto cómo el trabajo de un médico individuo puede mejorar las situaciones de un sistema aceptado como naturalizado y correcto. Para explorar las preguntas, Chile presenta un caso interesante del estudio porque tiene un programa de la salud intercultural. Este modelo de la salud intercultural establece “el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural” (MINSAL, 2017). Desde los 1980s, los esfuerzos para realizar este derecho han incluídos la implementación de unos programas educativos, la creación de dos hospitales interculturales con sistemas de co-referencias, y la inclusión de los médicos tradicionales en ubicaciones con gente originaria. Pero la conclusión subyacente es que no existe un respeto igual entre los modelos de salud, entonces no hay un sistema verdaderamente intercultural. El ministerio de salud define esta interculturalidad como “un proceso colectivo de negociación y construcción de significados entre actores sociales provenientes de diferentes culturas médicos.” (MINSAL, 2017). Sin embargo, los críticos opinan que es más un sistema multicultural que reconoce varios sistemas de la salud-enfermedad. La construcción no permite que sea un negocio justo y colectivo del conocimiento. Me pregunto cómo la construcción de la interculturalidad como un proceso “entre actores de diferentes culturas” es parte del problema. Excluye de la conversación los médicos que vienen de dos culturas y quienes relacionan dos modelos en su práctica cada día.

Estas preguntas son el nexus de esta investigación. Es una investigación exploratoria y cualitativa. Enfoca en las historias de los trabajadores de la medicina occidental en la región de Arica y Parinacota, Chile. Explora cómo se expresa los raíces culturales en los funcionarios occidentales que vienen de una cultural indígena. Intenta a demostrar cómo se relacionan dos modelos de salud-enfermedad en su práctica, conscientemente o subconscientemente. Es compuesta de nueve entrevistas semi-estructurada con los formularios de la salud occidental, una entrevista con un estudiante de la medicina occidental, y dos entrevistas con los médicos tradicionales de la cultura Aymara.

El propósito de este tema de investigación tiene dos partes. La primera es explorar cómo el modelo de la interculturalidad puede ser mejorado por estudiar los funcionarios quienes relacionan en su propia mente dos modelos de la salud-enfermedad. Argumenta que enfocar la interculturalidad sólo en la relación entre dos actores de culturas distintas permite que la jerarquía todavía exista. La segunda es explorar cómo este proceso de relacionar dos modelos de salud-enfermedad en la práctica afecta como un médico occidental se trata a sus pacientes. Usa preguntas sobre el fin de la vida y los cuidados paliativos para enfocar la exploración y la comparación. En explorar la posibilidad de estos procesos sutiles, busca entender y demostrar el lugar valioso del conocimiento indígena en el sistema dominante de la medicina hegemónica.

Los resultados de las entrevistas demuestran que la biomedicina no es un proceso naturalizado. Ambos los patrones en las entrevistas y las contradicciones en las respuestas indican factores comunes que afectan cómo se expresa un médico su filosofía y su experiencia. La nivel de la exposición a la cultura, la educación de la cultura y las interpretaciones del modelo indígena influyen si un médico se siente conscientemente un conflicto entre los modelos y si lo relaciona explícitamente en su trabajo. Estas diferencias demuestran que la biomedicina no es un proceso naturalizado porque los orígenes y las experiencias afectan los trabajos medicales. Sin embargo, un análisis de las filosofías comunes de los participantes con orígenes indígenas indica que hay trasfondos subconscientes en las filosofías que atan a su cultura indígena. Por ejemplo, hay indicaciones que su tratamiento es “bien de piel” con pacientes regulares y pacientes en el fin de la vida. En algunos casos incorporan entendimientos integrales y espirituales que vienen de su niñez en la cultura indígena. Este tratamiento fortalece los vínculos con sus pacientes ambos indígenas y no indígenas. En conclusión, los resultados muestran que hay potencial por estos funcionarios a trabajar como embajadores por un sistema intercultural verdadero en

pensamiento y tratamiento si tuvieran el apoyo de la educación y los programas adecuados. Estas interpretaciones abren la conversación sobre las fuerzas políticas que afectan la interculturalidad, como las relaciones con el gobierno y los programas de la interculturalidad. Por eso, indican áreas donde el gobierno chileno puede fortalecer sus programas de la interculturalidad con entrenamiento especial para los trabajadores con orígenes indígenas. Con apoyo adecuado, sus voces pueden jugar un papel importante de esparcir los beneficios de las filosofías de la medicina indígena al medio de un mundo occidental.

2. Objetivos

Objetivos General

Explorar cómo se expresa el origen cultural en la práctica de los médicos/funcionarios occidentales que vienen de una cultura indígena.

Objetivos Específicos

1. Entender la filosofía de cuidar (consciente o inconsciente) de un funcionario occidental que relaciona dos culturas/modelos de la medicina.
2. Entender la filosofía de un médico/funcionario occidental que viene de una cultura indígena en cuidar pacientes en condiciones críticas o en el fin de la vida.
3. Cuestionar la construcción de la interculturalidad en Chile y analizar el lugar valioso de los conocimientos/filosofías tradicionales en la biomedicina.

3. Marco Teórico

3.1 La teoría de voz y la brecha entre el médico y la paciente

Empezando en los 1980s, las antropólogas empezaron a examinar la biomedicina como su propio sistema cultural. Fue un esfuerzo a cuestionar la noción que la biomedicina es una verdad naturalizada. Abrió la conversación que el sistema viene de tradiciones occidentales que enfatizan la dicotomía entre los procesos físicos, las enfermedades, y los procesos super naturales y espirituales (Jenks, 2011). Argumentaron que por eso los médicos occidentales obtienen un mirada clínica, en las palabras del filósofo Michel Foucault. Esta mirada clínica crea una brecha entre los pacientes y los médicos-- no se consideran a sí mismos con los mismos ojos o las mismas perspectivas. La sociolingüística, Elliot Mishler, nombra este fenómeno usando su teoría de la voz. En términos de la fenomenología, la voz es la individual perspectiva de la realidad construida por las experiencias. En su teoría, él describe la voz como “un orden normativo específico” (Mishler, 1984). Por así, Mishler argumenta que la voz de medicina es la perspectiva que viene de la educación occidental y el entrenamiento bio-científico (Mishler, 1984). Él critica que los médicos tienen una perspectiva limitada en la interacción con sus pacientes porque sólo usan su voz de medicina (Mishler, 1984). Por otro lado, los pacientes traen su “voz de lifeworld” a las interacciones médicas, construida por sus propias experiencias. La voz de lifeworld y la voz de medicina se chocan. Por un estudio que colectó varias entrevistas

médicas, Mishler averiguó que históricamente y típicamente, la voz de medicina triunfa contra la voz de lifeworld en la interacción, silenciando la perspectiva de la paciente.

3.2 El nacimiento de la competencia cultural

Aquí es necesario enfatizar otra vez que la voz de medicina en esta interacción es compuesta de una perspectiva occidental. Es decir que hay una jerarquía del conocimiento y la perspectiva entre los pacientes y los médicos y también entre los modelos de salud. Por eso, las pacientes que traen un entendimiento de la salud-enfermedad alternativo experimentan una situación de doble peligro. Esta brecha en la comunicación se ahoga la voz de la paciente y tiene consecuencias graves, especialmente por grupos raciales y étnicas. Crea barreras culturales y estructurales que inhiben el acceso a cuidado de una alta calidad.

Por ejemplo, la Organización Panamericana de Salud ha publicado que de los 100 millones de personas que no tienen acceso a un sistema de salud, 40% de ellos son de origen indígena. Además, en 1997, el gobierno de Chile hizo un estudio para averiguar el estado de salud en los pueblos indígenas en el país. El estudio, el primer de su tipo, reveló que estas comunidades viven en un estatus de salud precario, peor del resto del país. En 1997 tenían una tasa de mortalidad infantil superior en 40 puntos a la nacional (OPS, 2002).

Estudios como este de los años 1980s y 1990s acumularon datos mundialmente, incitaron el reconocimiento en el mundo médico que la biomedicina faltaba la competencia cultural. El movimiento de la competencia cultural empezó con los antropólogos llamando por un crecimiento en la comunicación transcultural eficaz y la educación de los biomédicos. En los últimos treinta años, el campo de la competencia cultural ha crecido, con un foco en la educación; hoy en día, la mayoría de los hospitales o centros de salud en el mundo desarrollado mandan que sus empleadores reciban este entrenamiento de la competencia cultural en el forma de talleres y lecturas (Jenks, 2011). Este es uno de los críticos de la competencia cultural: la manera en que es enseñada representa la cultura como una cosa que se puede aprender solo por el entrenamiento (Jenks, 2011). Supone que las diferencias culturales vienen de las pacientes, y las pacientes son representadas como los factores con la cultura (Langdon, 2010). Mientras tanto, la biomedicina es construida como una verdad “naturalizada”. Por eso, la cultura es representada como una barrera que los médicos necesitan vencer. No construye la cultura como su propio fuente del conocimiento. Sin embargo, en las última décadas, han ocurrido nuevos

movimientos de la interculturalidad. Tienen el propósito de reconocer y presentar los conocimientos únicos culturales en los sistemas de salud.

3.3 La interculturalidad en Chile

En la luz de esta movimiento de la competencia cultural, Chile se encontró sí mismo en una posición única dado la cantidad de grupos indígenas que viven en el país. Abajo la Ley Indígena 19.253, hay nueve grupos indígenas reconocidos en Chile que construye nueve por ciento de la población (IWGIA, 2019). Considerando las necesidades de esta población, los problemas de salud que se enfrentaban, y influenciada por la conversación de la competencia cultural, el Ministerio de Salud Chileno se abordó un programa de Salud Intercultural en los 1980s. Ha continuado creciendo, regularmente apoyado por iniciativas mundial, como la participación en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas del OPS del 1993 y la ratificación de sus principios (OPS, 2002). Desde el año 2000, el ministerio de salud ha implementado el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (P.E.S.P.I), trabajando abajo el objetivo de :

Contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

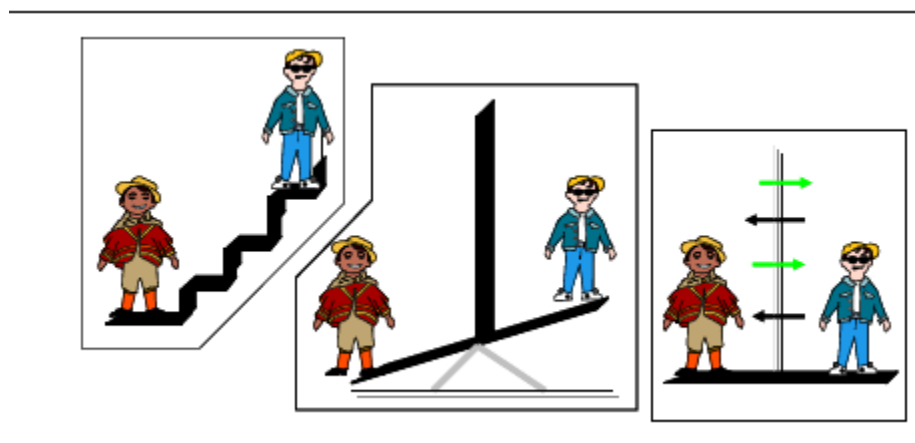
(MINSAL, 2017).

La meta de estos programas de salud intercultural es encontrar una colaboración entre los sistemas de la salud indígena y la salud occidental. Buscan incorporar los modelos de atención que son pertinentes a diferentes culturas indígenas (MINSAL, 2017). La filosofía detrás de los programas es idealmente quitar la jerarquía que existe entre los modelos. El objetivo ideal es lograr el respeto y un entendimiento entre los médicos, y igualar el acceso a los dos sistemas. Gráfico 1 representa cómo la salud pública se construye el concepto de la interculturalidad. Como un modelo de esta salud intercultural, en 1999 el hospital de Makewe-Pelale se abrió sus puertas como un hospital intercultural. En el hospital, 50% del personal médico es Mapuche, hay por lo menos once médicos tradicionales Mapuches, los Machis, quienes trabajan en el hospital, y un sistema de referencia y contra-referencia entre los médicos occidentales y los Machi

(Burgos, 2001). Además, los médicos no Mapuche quien trabaja en el hospital reciben una educación de las tradiciones y la cosmovisión Mapuche (Torri, 2011)

Sin embargo, este modelo no es tan común a lo largo del país. La jerarquía todavía existe aún en la presencia de los esfuerzos interculturales. Creo que la construcción de la interculturalidad en Chile permite que la jerarquía perdure porque separa el conocimiento y sus actores.

Gráfico 1:



(OPS, 2002)

Demostrado en el gráfico 1, la construcción de la interculturalidad tiene dos personas compartiendo entendimiento. Como en la construcción de la competencia cultural, la cultura es representada como una pared entre estos dos actores. Por eso, uno de los desafíos de la interculturalidad en Chile es traducir la teoría en espacios de diálogo real y respetuoso. La mayoría del tiempo, es demasiado fácil excluir uno de las voces de la conversación, y el sistema biomédico es otorgado el privilegio. Los actores biomédicos en la posición del poder tienen la habilidad retratar el sistema indígena como quieran, y por eso el sistema indígena es construido como un entendimiento anacrónico, perpetuando estereotipos (Torri, 2011). La voz del actor indígena es excluida, y no puede retratar su sistema en una manera auténtica (OPS, 2002). En práctica el sistema no logra una relación equitativa y el precedente del conocimiento biomédico lleva más peso (OPS, 2002).

Aquí volvamos a la teoría de la voz; me pregunto si quizás la medicina occidental no es tan naturalizada como la conversación supone. Quizás los médicos ellos mismos tienen sus propios voces de lifeworld. En esta investigación, intento a explorar cómo se expresa los orígenes culturales en la práctica de un funcionario occidental. Defino la voz de lifeworld como

los raíces culturales. Si cada médico trajera su propia voz de *lifeworld*, su propia perspectiva cultural, a la interacción con los pacientes, sería necesario cuestionar la tendencia a asumir que la interculturalidad solo involucra los dos actores de diferentes modelos. Además, la interacción sea completamente diferente cuando el médico occidental viene de una cultura indígena.

Quizás en vez de representar este proceso como entre dos personas separadas por la parada de una cultura, existen los microcosmos de la interculturalidad en el forma de los funcionarios que se relacionan los dos modelos en sus propios mentes cada día, ambos conscientemente o inconscientemente. Desde sus ejemplos, se puede aprender algo sobre la interculturalidad y el rol más grande y valioso del conocimiento indígena en la biomedicina.

3.4 Los Modelos de la Salud-enfermedad y la Medicina Indígena

Para explorar cómo un médico se relaciona dos modelos de la salud, es importante entender cual es un modelo de la salud-enfermedad. Por esta investigación, es los marcos conceptuales de la salud-enfermedad y después las estrategias de curar, tratar, y promover la salud (OPS, 2002). Como se menciona, la biomedicina históricamente ha concentrado en el físico y la biológica, excluyendo el aspecto psico-social de la paciente. La salud es la ausencia de una enfermedad, y las estrategias de curar y tratar sólo enfocan en tratar el asunto con el cuerpo (Wade, 2004).

Al otro lado, según la Organización Mundial de la Salud, las culturas indígenas tienen una perspectiva comuna y integral del mundo que influye sus modelos de salud-enfermedad. A pesar de la diversidad en culturas indígenas mundial, la base de la filosofía del bienestar las vincula. Entienden el bienestar como un equilibrio integral entre el cuerpo y el espíritu. No existe la dicotomía occidental entre el físico y el espíritu (OPS, 2002). Los sistemas de salud tienen algo que ver con la cosmovisión (Burgos, 2001). Palabras como “armonía” y “equilibrio” relacionan las distintas culturas indígenas y sus entendimientos de la salud. En Chile, las poblaciones indígenas más grandes son los Mapuche en el sur y los Aymara en el norte.

Los Mapuche creen que el cuerpo no es un entidad cerrada, sino que interactúa con las otras energías del mundo. El bienestar es el equilibrio en la relación entre el cuerpo y los otros seres y las fuerzas de la naturaleza. Una transgresión contra las normas causa el desequilibrio entre las fuerzas y después las enfermedades. Las enfermedades se consideran entes vivos. El diagnóstico incluye estudiar la orina y también conversar con la paciente para entender el origen

de la enfermedad. Tratamiento incluye la conversación, plantas medicinales, y los rituales (Burgos, 2001).

Comparamente, en la tradición Aymara, la salud se basa en la conexión con la naturaleza. Un desequilibrio entre una persona y su entorno causa el daño y la enfermedad. La habilidad de curar viene de la naturaleza y la tierra, como la pachamama (madre tierra) (Juan, 2019). Diagnóstico incluye estudiar la orina y leer las hojas de coca. Tratamiento incluye el uso de las plantas medicinales, las piedras volcánicas, los baños en aguas termales y los rituales espirituales (Juan, 2019).

3.5 Los cuidados paliativos

Por el propósito de esta investigación, se concentran varias preguntas en el tema de las enfermedades graves y el cuidado del fin de la vida. El campo de cuidados paliativos originó en 1967 en Londres con el trabajo de Dame Cecily Saunders. Ella notó los problemas variados que experimentaban sus pacientes, entonces desarrolló un programa integral para cuidar a pacientes en el fin de su vida o en las condiciones críticas. Los cuidados paliativos han amplificado a incorporar el cuidado a lo largo del trayecto de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos:

“la atención activa de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. El objetivo...es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias” (O’Neill, 1997).

Es un campo de cuidado que necesariamente integra el psico-social-emocional más que otras especialidades biomédicas. Las componentes esenciales son

- Comunicación eficaz
- La rehabilitación
- La continuidad del cuidado
- El cuidado Terminal
- El apoyo durante el proceso del duelo
- La educación

(O’Neill, 1997)

Me pregunto cómo un entendimiento de otro modelo de tratamiento y salud-enfermedad ayudaría a un médico a lograr estos componentes esenciales.

3.6 Estudios Anteriores Relevantes

Han subido varios críticos parecidos de la construcción de la interculturalidad. Enfocando en el norte de Chile, el departamento de la antropología de la Universidad de Tarapacá critica la idea que solo hay una dicotomía entre los modelos biomédicos y tradicionales en Chile. En una serie de estudios cualitativos se expuso cómo el conocimiento de la salud-enfermedad no es homogéneo en las poblaciones de Aymara en Chile. Hay una mezcla de los entendimientos entre las comunidades, el resultado de la heterogeneidad socioeconómico y sociocultural hoy en día (Gavilán, 2017). Además, hay un estudio en Bolivia de las “Naturalistas”, médicos “mestizos”. El estudio encontró que integran ambos modelos explicativos de medicina Andina y biomedicina pero que usan primariamente las hierbas (Bruun, 2006). En el conocimiento de la investigadora, no han ocurrido estudios en escala micro para entender cómo esta heterogeneidad de modelos desarrolla en los funcionarios quienes principalmente trabajan en el sistema occidental.

4. Metodología

En concordancia con el propósito de la investigación, toma un enfoque exploratorio y cualitativo para hablar con los participantes. La meta de las entrevistas fue extricar desde los participantes el perfil de sus filosofías de cuidar, para comparar estas filosofías con los dos modelos de salud enfermedad y analizar si y como ellos relacionan los dos modelos en su práctica. Es difícil reflejar y reconocer cómo uno se piensa, entonces para lograr la meta, las preguntas se acercaron el tema de filosofía de cuidar desde diferentes ángulos, intentando facilitar la reflexión de los participantes en etapas.

4.1 Diseño

Esta investigación es de carácter exploratorio y cualitativo. Está compuesta de once entrevistas semi-estructuradas con médicos tradicionales y médicos occidentales, y una entrevista con un estudiante de medicina. Consulte el apéndice I para ver las preguntas. Había un diferente conjunto de preguntas por los funcionarios occidentales y los funcionarios tradicionales. Las preguntas enfocan en entender las percepciones de los funcionarios de los sistemas/modelos de salud tradicional y salud occidental además de sus percepciones de sus propias filosofías de tratamiento. Cada participante recibió las mismas preguntas para mantener la constancia y facilitar análisis a través de los participantes diferentes. El tema tiene que ver con las maneras del

pensamiento de los participantes. Para entender este tema, las entrevistas y el análisis cualitativo fueron necesarios para entender las matices y las historias de los participantes.

4.2 Lugar

La investigación se realizó en la ciudad de Arica y en el pueblo de Putre en la región de Arica y Parinacota en el norte de Chile. Las entrevistas ocurrieron en puestos de salud, específicamente en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Iris Veliz en Arica, la posta rural de Sobraya en el valle de Azapa y el CESFAM de Putre.

4.3 Población y muestra

Los participantes son nueve funcionarios de la salud occidentales que se identifican con una cultura indígena, un estudiante de medicina y dos médicos tradicionales, un Yatiri y Quilliri, de la medicina tradicional Aymara. Los participantes fueron abordados por la comunicación virtual en la técnica de una bola de nieve. Consulte el apéndice II para los perfiles de los participantes.

4.4 Privacidad y Asuntos Éticos

Antes de las entrevistas, los participantes leyeron un formulario de consentimiento. Consulta el apéndice III para ver una copia del formulario. Delineó sus derechos como participantes voluntarios, y permitió que ellos pudieran escoger a quedar anónimo y no ser grabada. Las grabaciones de los participantes que dieron el consentimiento fueron guardadas en la computadora de la investigadora confidencialmente y en privada.

4.5 Desafíos

Principalmente, un desafío fue la comunicación entre la investigadora y los participantes. Las preguntas fueron escritas en Español, el segundo idioma de la investigadora. La construcción y los conceptos de las preguntas a veces no fueron entendidos por las participantes. Unas barreras de traducción impidieron la habilidad de comunicar tan efectivamente. Además, en la teoría del relativismo lingüístico—la teoría que el idioma que se habla una persona afecta su manera de pensar—las diferencias en connotaciones con las preguntas entre la investigadora y los participantes podían afectar las respuestas de los participantes (January, 2003). Especialmente esta investigación requirió que los participantes se reflejaran en sus procesos de pensamiento y

entonces demanda un entendimiento completo y matiz de la pregunta; por eso las diferencias en los idiomas pueden afectarla más.

Otro desafío fue adquirir una población diversa para entrevistar. Dado que la región donde se realizó la investigación está en el norte de Chile, habíamos acceso a formularios de la cultura Aymara. Por eso, exclusivamente se entrevistaron formularios de la cultura Aymara, mientras el propósito fue a explorar las preguntas principales a lo largo de los diferentes culturas indígenas. Además, no había la oportunidad hablar con un médico específicamente de los cuidados paliativos. La información sobre los cuidados paliativos viene de formularios quienes solo han trabajado en algunas situaciones críticas. Igualmente, no se realizaron entrevistas con funcionarios sin orígenes indígenas, limitando el nivel de análisis causativo y la habilidad de comparar filosofías.

4.6 Diseño de Análisis

Para organizar las entrevistas, se extrapolaron 6 categorías de análisis. Las respuestas de las entrevistas fueron organizadas en el contexto de estos temas. Se vincularon respuestas desde distintas preguntas de las entrevistas que relacionaron con el tema grande. El análisis fue ambos cuantitativo y cualitativo. Palabras claves fueron identificadas y contadas para encontrar los temas comun a lo largo de las respuestas. Las respuestas de los participantes en diferentes preguntas fueron analizadas en comparación con sus otras respuestas para crear un perfil por los participantes y llenar el marco de su filosofía. Después, las respuestas fueron clasificads dependiendo de si representaron una expresión consciente de la integración de los modelos o una expresión inconsciente. Se identificaron factores que afectaron las respuestas de los funcionarios.

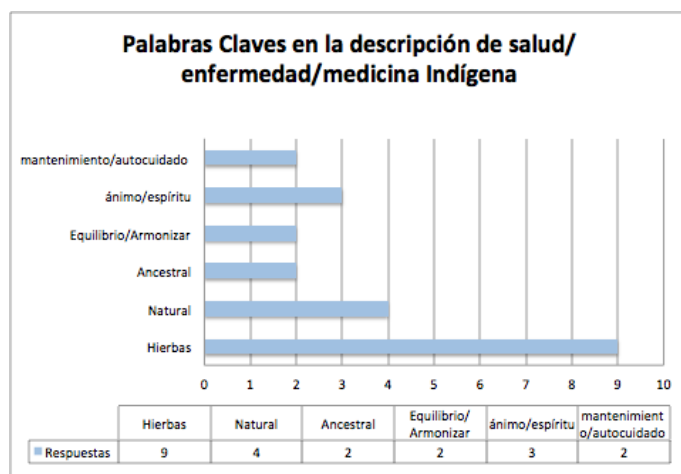
5. Resultados

5.1 Orígenes Indígenas

Todos los participantes viene de la cultura Aymara en sus raíces familiares.

Para situar los participantes en el contexto del tema, se empezó la entrevista con la pregunta *¿Durante su niñez y adolescencia en su cultura indígena, cuál fue su entendimiento de la salud-enfermedad y la medicina?* Existen temas común a lo largo de las respuestas.

Gráfico 2



De los diez participantes que respondieron esta pregunta, cada de ellos refirieron a las “hierbas”. De las nueve, tres incluyen la palabra “natural” relacionado con las hierbas. Dos nombra este técnico como menos “invasivo”. Todos expresaron una creencia en sus niñezes en las hierbas y la medicina alternativa, Además, las palabras “ancestral” “natural” “equilibrio/armonizar”, “ánimo” y “mantenimiento/autocuidado” aparecen más de un tiempo a lo largo de las descripciones de la salud-enfermedad/medicina tradicional. Todos notaron que fue las generaciones mayores de sus familias que les dieron la construcción de la salud-enfermedad en la cultura.

Maritza recordó que no tenía muchos recursos médicos occidentales en su hogar rural entonces confiaban “en cosas bien básicas”. Por la falta de recursos extensos, se acordó un entendimiento que el autocuidado fue muy importante (Maritza, 2019). Similarmente, Yoselyn recordó que en su mente la salud fue un “forma de estar bien, en equilibrio” y entonces su familia siempre intentó a mantener control sobre su salud. Los conceptos del autocuidado y el control vinculan sus respuestas.

Una gran parte de los participantes tenían una historia que apoyó sus recuerdos. Por ejemplo, Silvia y Irna contestaron que durante su niñez entendieron que el ánimo tiene algo que ver con la salud-enfermedad. Silvia recordó un tiempo cuando tenía 6 años y estaba muy enferma porque extrañaba mucho a su padre (Silvia, 2019). Irna también recordó que desde pequeño observó y experimentó las llamadas del ánimo o susto que afectaron la salud. Cuando desapareció su gato, entendió que este tipo de enfermedad fue causado por la falta de su espíritu. Explicó “ya desde esto, llamó un yatiri que nos ayuda a llamar nuestro ánimo para que vuelva y

armonizar tu cuerpo con tu ánimo” (Irna, 2019). Marjorie fue la única participante que usó la palabra intercultural en su respuesta.

5.2 Educación

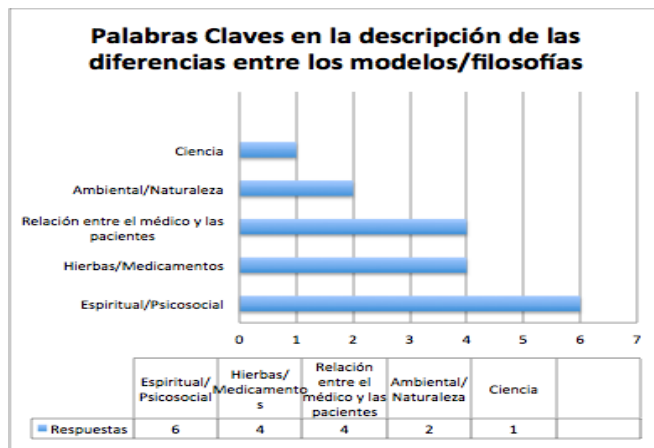
Las respuestas de los participantes indican una falta de educación fundamental respecto a la cultura indígena y la interculturalidad. La mayoría reportaron que no recibieron ninguna oportunidad académica de incorporar los conocimientos de los sistemas médicos indígenas en su educación occidental. Por eso, el médico Marco recordó que “cambió todo mi filosofía. Se deja al lado todo el entendimiento” de su cultura de su niñez y adolescencia (Marco, 2019). Isolet, Yoselyn, Irna elaboraron de las capacitación al respeto a “los pueblos ancestrales” que recibieron en sus consultorios respectivos en Arica y Putre. Irna dijo que hoy en día hay unos programas de la salud de los pueblos indígenas. Este es un entrenamiento que ella ha recibido más tarde en su carrera como coordinador intercultural. Enfoca más en el entendimiento de las hierbas y el acceso a las terapias alternativas. De todos modos, las respuestas confirman una falta de educación básica en las etapas primarias de la educación medical. Silvia cree que este afecta la eficacia de un programa intercultural. Explicó que “el médico occidental puede confundir... algunos conceptos... No entienden las personas del interior y son muy cerrados” (Silvia, 2019). Ella opinó que aún médicos de orígenes indígena lo harán si no trabajen con los Aymara y la medicina tradicional.

Sin embargo, cindo de los participantes de su propio acuerdo expresaron un deseo de aprender más sobre la medicina tradicional en sus respuestas. Elizabeth notó que “estar capacitado, siempre aprendiendo” es parte de su filosofía de dar buena atención (Elizabeth, 2019). Silvia dijo que cada vez está “aprendiendo de nuevas cosas, nuevas investigaciones, nuevas propiedades de las hierbas” (Silvia, 2019). Don Teófilo, desea sobre todo una avanza en la educación y aprendizaje de la medicina tradicional en generaciones futuras. Él cree que es lo más importante para la integración en el futuro. Además, cree que una curiosidad para la información es lo que permitirá los médicos occidentales manejar dos modelos y incorporar los conocimientos indígenas en su trabajo. “De ellos depende, (Es posible) si pone interés...si quieren manejar cosas espirituales” (Don Teófilo, 2019). Solo Juan, quien es un estudiante ahora, indicó que en su escuela de medicina, les enseñan un método de integración (Juan, 2019).

5.3 Diferencias en filosofías entre la medicina occidental y la medicina indígena

Los participantes fueron preguntados su opiniones de las diferencias entre la medicina occidental y la medicina indígena. Hay temas a lo largo de sus respuestas.

Gráfico 3



Cuatro de las respuestas mencionan diferencias en la relación entre el médico y su paciente. Tres de las participantes notaron que la medicina tradicional enfoque más en la conversación con la paciente. Por eso, Elizabeth mencionó una diferencia en tiempo: “médicos aquí es como 15 minutos sólo, pero en Aymara es todos los días contigo” (Elizabeth, 2019). Marjorie opina que es similar a ir a un psicólogo. Por eso, Silvia, Irna y Marjorie definieron la medicina tradicional como una trata más cálido, usando la frase “bien de piel” para describir la relación. Irna cree que esta conexión y vínculo es algo fundamental en la sanación en el concepto tradicional.

Cuatro de las respuestas notaron el uso de hierbas y medicamentos/farma como una distinción grande. En su respuesta, Irna ató el uso único de los productos farmacéuticos a la opinión que la medicina occidental es más fría (Irna, 2019).

Seis de los participantes mencionaron elementos psico-social-espirituales. En resumen creen que lo occidental no trata o reconoce los aspectos espirituales primariamente. Usaron palabras como “esotérico” (Irna, 2019), y mencionaron la energía integral como parte de la salud. Maritza dijo que la medicina Aymara entiende más que la salud es parte del “ciclo vital” (Maritza, 2019). Además, cuatro mencionaron diferentes enfermedades espirituales de la salud-enfermedad Aymara, como el mal ojo y el susto. Juan cree que este diferencia aparece en el enfoque diagnóstico, cuando la medicina tradicional evalúa la parte espiritual del paciente primero y luego la parte biológico, mientras la biomedicina usa la semiología, el proceso

científico de la medicina, para tratar el biopsicosocial (Juan, 2019). Solo Yoselyn tenía un opinión opuesta. Desde su experiencia con los pacientes Aymara quienes resistieron en la psicología, dijo “no sé si la salud aymara involucra el salud mental en la medicina tradicional” (Yoselyn, 2019).

Tres de las respuestas hablaron sobre el tema del medioambiente/la naturaleza. Irna mencionó que la cosmovisión andina “trabaja más con la pachamama y armonía en todo” (Irna, 2019) . Silvia dijo que en la construcción de medicina aymara “es muy importante sanar con todos sus ambiente” (Silvia, 2019). Los tres mencionaron la naturaleza. Irna y Silvia mencionaron el hogar como aspecto medioambientale significado también. Silvia dice que los médicos tradicionales quedan en contacto con las pacientes después del tratamiento porque es parte de asegurar la recuperación en el medioambiente de la casa.

Sólo Marco usa la palabra ciencia para describir la diferencia. Además, sólo la yatiri Señora Auralia al principio dijo que no hay una diferencia, pero cuando la pregunta fue expresada de otra manera, mencionó el uso de las hierbas.

5.4 *Sus propias filosofías*

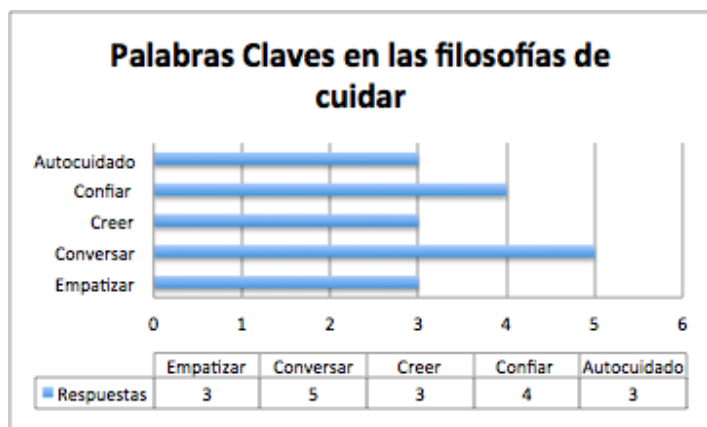
Varias preguntas de la entrevista sacaron de los participantes sus propias filosofías de cuidar a sus pacientes.

5.41 *Cuidar general*

Unas preguntas enfocaron en sus filosofías generales del tratamiento y el cuidado, incluyendo la pregunta *¿Cuál es su propia filosofía en cómo se cuida a sus pacientes?*

Como fue el caso con varias otras preguntas, hay palabras claves que aparecieron muchas veces a lo largo de las respuestas.

Gráfico 4:



Aunque las respuestas usaron diferentes palabras para explicar sus filosofías, cada participante indicó que es importante fomentar una relación buena entre la paciente y el médico. El hecho que cada respuesta incluye a lo menos una de las palabras “empatizar, conversar, creer, confiar” encapsulan esta filosofía.

Tres de los participantes usaron la palabras “empatizar” en su respuesta. Elizabeth expresó que ser empático es parte de entender la paciente como una persona. Isolet notó que su experiencia con el sobrepeso ha ayudado a ella entender las experiencias de sus pacientes. Usa su propia experiencia para sentir empatía con sus pacientes quienes quieren usar métodos alternativos porque su abuela le ayudó en el sobrepeso con un polito y agua con hierbas.

Cuatro de las respuestas incluyeron las palabras “conversar/contacto”. Marco explicó que es importante explicar más al paciente. Maritza usa la conversación para instilar la importancia del autocuidado. Yoselyn y Marjorie dijeron que es importante conversar con la paciente y mantener el bien con sus pacientes, especialmente porque trabajan en un pueblo pequeño y sus pacientes buscan compañía. Yoselyn describió como un manera de tratamiento “más flexible” (Yoselyn, 2019). Silvia dijo que la conversación es importante para “entrar en el fondo del problema”. Además, elaboró qué es importante mantener en contacto con las pacientes porque “si el medioambiente es malo, la sanación no va a funcionar”. Marco también dijo que es importante no olvidar que los pacientes vienen de la interacción con sus propias culturas. Él dijo “no puede quitar la cultura” (Marco, 2019).

Cuatro de los participantes usaron el concepto de “confiar” para elaborar en su filosofía del cuidado. Irna describió su meta de crear un “vínculo, un lazo” de confianza con la paciente. Este vínculo permite que ella puede ver “todo su interior de su mirada” (Irna, 2019).

Tres usaron las palabras “creencia/fe” en sus respuestas. Varios dijeron que es importante que las pacientes tengan fé en el médico. Don Teófilo dijo que en la situación de la medicina tradicional la duda no sirve (Don Teófilo, 2019). Al mismo tiempo, otros dijeron que es importante que los médicos crean en el dolor de los pacientes. Además, Maritza indicó que es importante que los médicos crean en la somatización como fenómeno legítimo. “Somatizamos también... si nuestra mente está bien, si estamos en comunidad, participando de cosas simples...todas las cosas que nos ofrece la tierra, vamos a estar bien” (Maritza, 2019).

Tres de los participantes hicieron referencias al “autocuidado” en sus respuestas. Maritza dijo que siempre enfatiza el autocuidado como un componente importante de la salud. Ella

conectó este aspecto de su técnica con la conversación. Habla con la paciente para entender las partes de su situación que pueden impedir el autocuidado. Explicó que “Los pacientes dejan al lado la salud por muchas cosas por ejemplo por trabajo... el estrés permanente cuales estamos sujetos” (Maritza, 2019). Yoselyn cree que es importante reconocer que la salud no es solo la ausencia de mal, atando este a la idea de la mantención del autocuidado.

Marco fue el único participante que usó la palabra occidental explícitamente.

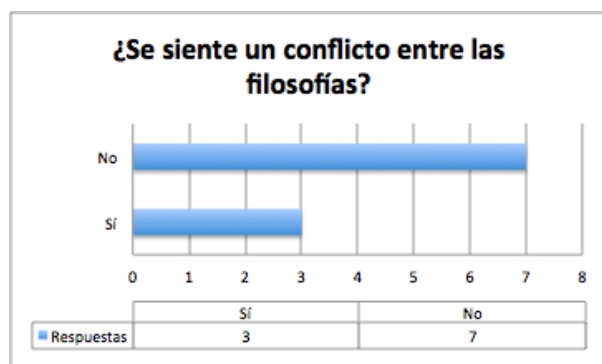
5.42 *Cuidar en la condición crítica*

Otras preguntas enfocaron en sus filosofías de cuidar a un paciente en una condición crítica. En general tenían las mismos sentidos y componentes similares con las filosofías generales. El tema común a lo largo de todas las respuestas fue la contención/acompañamiento de la familia y la conversación con los pacientes para fomentar una aceptación de la situación. Todos los funcionarios mencionaron el tratamiento del dolor también. Algunas respuestas en particular tienen componentes interesantes. Marco expresó la importancia de hablar sobre “el ciclo vital”, la vida y la muerte con la paciente. Sin embargo, al mismo tiempo dijo que usaría explicaciones científicas como el reloj de las células. Daniela preguntó si la cuestión se refirió a lo médico o lo espiritual. Señora Auralia y Silvia mencionaron el uso de las hierbas para mitigar el dolor. Además, ambos compartieron una historia de un paciente que vino a un médico tradicional cuando los médicos occidentales le contaron que tenían 5 meses de vivir. Sin embargo, con tratamiento indígena, él todavía está viviendo muchos años después.

5.5 *Conflicto en Filosofías*

Cada entrevista con los funcionarios occidentales incluyó la pregunta *¿Se produce algún conflicto entre sus valores y fondo cultural y raíces culturales y el ejercicio/filosofía de la disciplina científica?*

Gráfico 5 presenta el desglose de los nueve funcionarios occidentales.



5.51 *Sí*

Tres de las respuestas son en el afirmativo.

La respuesta de Yoselyn es considerado un punto ½ porque su respuesta tenía dos partes contradictorias. Yoselyn atribuyó algún conflicto con las universidades que disciplinan que sólo hay un forma correcto. Por otro lado, Yoselyn también se sintió un conflicto con la filosofía tradicional cuando una madre de cultura Aymara llevó a su bebé al médico con fiebre alta. Había retrasado el uso de los medicamentos porque intentó a usar hierbas, y en este caso el estado de su bebé había empeorado. Yoselyn recordó que “Me molestaba mucho con la mamá. Había un conflicto entre lo que cree y lo que es tangible, es real” (Yoselyn, 2019). Lo real identificó como los termómetros y los medicamentos.

Silvia dijo que su creencia y la preferencia de lo natural creó un conflicto tan grande que ha salido su trabajo como un técnico de enfermera, y ahora solo está estudiando y trabajando en la medicina tradicional (Silvia, 2019). Irna describe su conflicto como una “rompecabeza” (Irna, 2019). Contó que desde su infancia fue expuesto a los costumbres de salud-enfermedad Aymara pero nunca entendí porque se hacen ciertas cosas. Sin embargo, notó que su trabajo en un sistema intercultural le ha ayudado disminuir el conflicto porque ha tenido la oportunidad aprender más sobre la cosmovisión y técnicos indígenas. “Ahora se empieza a tener todas las piezas en su lugar” (Irna, 2019).

La respuesta de Juan es considerado un punto ½ también. Él recordó que sentía un conflicto cuando fue adolescente, empezando su educación occidental.

“Hace mucho tiempo una mujer aymara de aproximadamente 95 años me dio a entender que la salud y la enfermedad son un flujo, y que nuestro vida va oscilando entre esas dos cosas. Yo cuando era adolescente no le creía” (Juan, 2019).

5.52 *No*

Siete de las respuestas dijeron que no han sentido un conflicto en su propias mentes entre las filosofías/modelos. En continuación con la respuesta de Juan (un punto ½ para No), él continuó que “hace poco al leer un artículo de medicina, me di cuenta de que [la muyer aymara] sin estudios occidentales podía comprender algo tan complejo como la transición salud-enfermedad” (Juan, 2019). Entonces, como el concepto fundamental de la salud-enfermedad, él aprecia la filosofía básica aymara. Además, dijo que el arte de la medicina ha cambiado mucho en Chile recientemente, y ha le ayudado a él “adapat[ar] al medio que me rodea con el tiempo” (Juan, 2019). Yoselyn (un punto ½) y Maritza dijeron que no se sienten un conflicto por la habilidad de

practicar la complementariedad en su familia (Yoselyn, 2019) (Maritza, 2019). Las otras respuestas “No” atribuyen este a su entrenamiento occidental. El médico Marco contó que durante su educación se abarcó “que es científico” y dejó al lado la medicina natural. Elizabeth dijo que su formación fue occidental entonces ahora no tiene un entendimiento suficiente de la salud Aymara para causar un conflicto.

5.6 Diferencias en cómo cuidar

Con la meta de entender cómo influye el origen cultural, los participantes fueron preguntados *¿Percibe una diferencia en su propia filosofía de cuidar y la de sus colegas?* De los once respuestas, 50% dicen Sí y 50% de ellos dicen No.

5.61 Sí

Seis de las participantes dijeron que sí perciben una diferencia.

Silvia dijo que sus usuarios opinan que ella es más amable que otros médicos. Contó una historia de una reunión en el servicio de salud. Varios médicos, incluyendo los que son étnicamente Aymara pero no trabajan mucha con la cultura, se quejaron que los pacientes Aymara son demasiado cerrados. Ella argumentó que este es por la falta de confianza y el miedo por la parte de los Aymara. Ella cree que estos médicos no los entienden y no demuestran el “bien de piel” con estos pacientes. Irna dijo que su entendimiento de la cultura andina permite que ella aborde clientes de diferentes etnias con más facultad. Además cree que cualquier entendimiento de la cosmovisión indígena ayudará a un médico. La coexistencia con la naturaleza y el entorno permite que el médico sí mismo está en armonía, entonces puede estar pleno con los usuarios (Irna, 2019). Yoselyn atribuye esta diferencia al hecho que trabaja en un pueblo pequeño y rural entonces es más fácil tener una relación de confianza con las pacientes. Es importante notar que todos los funcionarios arriba también dijeron que la interacción entre las filosofías occidentales y tradicionales produce un conflicto en sus mentes también.

Daniela cree que la diferencia es que da recomendaciones tradicionales porque cree en las hierbas. Elizabeth respondió en manera más general, elaborando que todos funcionarios tratan diferentes. Don Teófilo dijo que sí hay una diferencia en la filosofía con algunas de los médicos, pero es depende del médico y su habilidad de apreciar la medicina tradicional.

5.62 No side

Cinco de las respuestas indicaron que los participantes no creen que hay una diferencia en su filosofía de cuidar en comparación con sus colegas. Las razones no fueron iguales. A veces las

respuestas fueron cortas, como Isolet quien respondió, “no hay diferencia”. Sin embargo, al mismo tiempo ella dijo en otra pregunta que hay compañeros quien “no lo manejan” interacciones con otras culturas. Igualmente, Señora Auralia respondió que no hay una diferencia con sus colegas occidentales en la posta, aún cuando la pregunta fue más explicada.

Maritza atribuyó su percepción al hecho que Arica es una ciudad frontera, entonces los funcionarios son “mucho más hermanos” con inmigrantes y es necesario practicar un tratamiento con diferentes personas. Esta respuesta parece como los opiniones de Silvia y Irna. Silvia dijo que es importante colaborar estrechamente con las diferentes culturas para lograr la interculturalidad y Irna atribuyó su trabajo como coordinador a su habilidad resolver “la rompecabeza” de su cultura indígena y el entrenamiento occidental.

6. Análisis

Hay varias matices, contradicciones y opiniones variadas que subieron a lo largo de las conversaciones. Revelan que el proceso y la experiencia de un médico que viene de una cultura indígena no son naturalizados. Se dependen en la situación y la personas. Este en su mismo demuestra que la medicina no es tan naturalizada como el modelo biomédico presume. El médico no sólo transmite una mirada pura occidental y biomédica, como discute Mishler. No es posible dejar su propio entendimiento de su Lifeworld y sus experiencias. Así, la relación entre la paciente y el médico es afectada por el Lifeworld del médico también. Los funcionarios occidental traen a la interacción médico su propia percepción, incluyendo su integración de la cultura y la medicina occidental. A pesar de sus diferencias, algunos patrones en las respuestas indican factores comunes que afectan la manera en que se expresa un médico con orígenes indígenas su filosofía y experiencia. Además, había una diferencia en cómo y porque varios funcionarios se expresaron la integración de los modelos conscientemente o inconscientemente.

6.1 *La Expresión Consciente de la integración*

6.11 *La exposición a las pacientes Aymara y la Educación*

La nivel de la exposición a pacientes Aymara y las oportunidades del entrenamiento de la integración afectaron cómo los participantes expresaron su propio uso de la interculturalidad. Los médicos quienes tienen más exposición a los mundos indígenas, como Irna, Juan, Silvia, Don Teófilo, tienen menos dificultad en relacionar explícitamente los modelos en manera de

integración. Por ejemplo, Irna notó una diferencia en su habilidad de relacionar sin conflicto después de empezar su trabajo como coordinadora intercultural. Los que no tienen mucha oportunidad a interactuar hablan menos conscientemente sobre la habilidad de usar sus conocimientos de su cultura Aymara. Además, como la historia de Silvia del servicio de salud, los médicos con orígenes aymara que no trabajan mucho con pacientes aymara se sienten menos afiliados con esta población de pacientes. En el caso de Marco y Elizabeth, por ejemplo, se notaron su entrenamiento occidental y dijeron que han dejado su cultura en su trabajo. No se sienten un conflicto, porque sólo incorporan el modelo occidental en su mente consciente. Además, la educación de los médicos afecta cómo se pueden pensar en este proceso de la integración conscientemente. Juan ha percibido su educación como suficiente en el área de enseñar la integración. Por eso, él puede reconocer el lugar de la medicina occidental y al mismo tiempo apreciar la filosofía de la salud-enfermedad indígena, evidenciado por la historia sobre la mujer Aymara de 95 años. Cómo opina Silvia, la falta de la educación puede producir una confusión que inhibe la integración consciente. Es importante notar que los funcionarios que podían expresar explícitamente su proceso de relacionamiento también fueron los que dijeron que sintieron un conflicto. Implica que el nivel del conflicto se sintió también depende en la exposición a la cultura pero que la exposición es parte de vencer este conflicto y lograr la integración. Sin embargo, es importante notar que Silvia reconce la integración, pero ha dejado su carrera biomédico. Su experiencia demuestra que la jerarquía es poderoso y el sistema tan inequitable si podía empujarla de la carrera.

6.12 El área de enfoque de la interpretación del modelo indígena

Un patrón en las respuestas es que cualquiera parte de la medicina indígena (las hierbas, la comunicación, los aspectos espirituales) en que el funcionario enfocó afectó la manera en que pensó conscientemente en el proceso de la integración. Se puede ver este fenómeno en las respuestas de Yoselyn. Al respecto de la pregunta sobre las diferencias en los modelos y su pensamiento ahora, ella enfocó en el uso de las hierbas y en la complementaridad con las hierbas. En correlación, ella se sintió más conflicto en los dos modelos cuando una madre no querría usar los medicamentos. Conscientemente, ella no enfocó su atención en los otros aspectos de la salud indígena, como el espiritual, entonces no consideró explícitamente estos aspectos en la integración o en la práctica. Similarmente, Daniela sólo nombró las hierbas en su

respuesta sobre la medicina indígena y por eso conscientemente identificó el uso complementario con las hierbas como el proceso de relacionar los modelos y no sentir un conflicto. Por otro lado, Irna enfocó en los aspectos “esotéricos” del modelo indígena. Por eso, su habilidad de relacionar los dos modelos viene en su apreciación del espiritual; la cual se evidencia por su opinión que cada funcionario beneficiaría de un pensamiento integral para estar más vinculado con pacientes. Ella tenía una historia en su niñez que probablemente consolidó esta interpretación.

En conclusión, las conversaciones implican que la habilidad de conscientemente relacionar dos modelos no es inherente. Requiere la facilitación de la educación, exposición y interacción con la gente de los dos modelos. Sin embargo, esta educación debe enfocarse en todos los aspectos de la medicina indígena. La corriente dominante en la conversación de la interculturalidad en Chile en el norte enfoca más en la complementariedad de las hierbas y no en la cosmovisión andina. Irna y Juan y Silvia han tenido más oportunidades de aprender en maneras profundas del modelo indígena de salud-enfermedad por sus trabajos y sus oportunidades educativas. Por eso, expresaron una apreciación para estos aspectos en su trabajo conscientemente. Existe un deseo por este tipo de educación, demostrado por Elizabeth quien dijo que aprender es parte de su filosofía de buen trato.

6.2 La expresión inconsciente de la integración

Sin embargo, ocurrió varias contradicciones a lo largo de las conversaciones. Evidenciado por el número de participantes que dijeron que no se sienten un conflicto o integración en los modelos, varios participantes respondieron en una manera más distante cuando la pregunta se requirió que nombraran su relación con el modelo indígena directamente. Sin embargo, cuando hablaron sobre sus filosofías de cuidar, revelaron una integración de los aspectos de la medicina indígena. Por ejemplo, Elizabeth dijo explícitamente que no tiene la habilidad de sentir un conflicto en modelos porque no tiene suficiente entendimiento de la cultura Aymara. Sin embargo, admiró la habilidad del trabajo del yatiri en crear la paciente en una persona; después en la respuesta de su propia filosofía nombró la importancia de cuidar la paciente como una persona. Sus respuestas indican una interiorización de la relación entre el médico y la paciente en el modelo indígena y una integración subconsciente de la técnica en su propia filosofía. Las respuestas de Maritza son un ejemplo claro de las diferencias entre los procesos conscientes y subconscientes. En su propia filosofía de cuidar, Maritza demostró un

entendimiento de la salud integral porque mencionó que siempre cree en la somatización de sus pacientes. Indicó un entendimiento de la conexión entre el espiritual y la salud física en su filosofía, que sona como su entendimiento del sistema indígena. Sin embargo, en su respuesta consciente, sólo nombró el uso complementario de las hierbas para describir su integración de los modelos. Daniela fue parecida, porque su respuesta sobre los cuidados paliativos indicó un entendimiento del lugar del espiritual en este tipo de cuidado, pero sólo dijo que usa las hierbas en manera de integración.

Marco presenta otro ejemplo claro de estas contradicciones. Dijo que ha dejado su propia cultura por la educación occidental y su filosofía es puro occidental. Sin embargo, más tarde en la conversación dijo que incorpora la conversación en su tratamiento porque es importante reconocer que es imposible quitar la cultura. Esta frase contradice la descripción de su propia experiencia; indica un entendimiento de la cultura más profunda que podía expresar conscientemente. Además, describió su filosofía de los cuidados paliativos con las palabras “ciclo vital”, palabras que otros participantes usaron para describir la construcción de la medicina indígena.

Similarmente, muchas veces cuando un funcionario tenía un entendimiento de la salud-enfermedad específico en su niñez, lo subió en algún forma cuando describió su propia filosofía de cuidar. Por ejemplo, la familia de Maritza enfatizó el autocuidado por la falta de recursos biomédicos en su niñez; después cuando describió su propia filosofía de tratar ahora cómo una enfermera, la importancia del autocuidado fue un tema central, desde lo cual viene su manera de conversar con las pacientes. El mismo ocurrió en el caso de Silvia y Inez con sus historias de mal ánimo. Sus propias experiencias fortalecieron su apreciación del espiritual. Este hecho demuestra el efecto de los raíces indígenas que muchos veces son elaborados en el niñez.

Como un grupo colectivo, los funcionarios expresaron sus filosofías de cuidar a sus pacientes con palabras “empatizar, conversar, creer, confiar”. Es significativa que estas palabras fueran relacionadas directamente por Marjorie y Silvia con el tema de “bien de piel”. Ellas describieron las necesidades de los pacientes Aymara con este concepto del cuidado “bien de piel”. Entonces, por conexión, las respuestas de los participantes están en línea, a veces inconscientemente, con estas necesidades culturales. Demuestra su valor en la conversación intercultural. Además, estas filosofías crean un vínculo fuerte con sus pacientes, lo que es una cualidad valiosa en cualquier interacción. Es una filosofía que sona como el modelo indígena,

con la conexión con la persona de la paciente y sus alrededores. Es útil en medio de las críticas que la biomedicina es demasiado concentrado en los medicamentos sin enfrentar los fuentes de los problemas de salud.

Es importante también notar que sólo uno participante usó la palabra occidental para describir su propia filosofía, aunque la mayoría reconoció solo el entrenamiento occidental en la pregunta sobre la integración de los modelos. Implica que aún cuando la integración ocurre en sus propias filosofías de cuidar, no tienen el lenguaje o el reconocimiento a notarla en el contexto de una pregunta que requieren una explicación clara.

El análisis de las respuestas indica que inconscientemente hay procesos de relacionar los modelos en todos los mentes de los médicos. Las influencias culturales fueron expresadas cuando elaboraron en sus propias filosofías. Además, al respeto de los cuidados paliativos, sus filosofías generales son en línea con los componentes esenciales de los cuidados paliativos. Por eso, implica que las partes esotéricas de la medicina andina afecta los tratamientos del mundo occidental, como los cuidados paliativos, en manera beneficiosa. Los médicos de orígenes indígenas están en una posición única de demostrar este hecho.

Sin embargo, en general, los médicos que tienen más educación y un entrenamiento en el área de la interculturalidad podían hablar explícitamente sobre sus filosofías y las diferencias con las colegas no indígenas. Los sistemas educativos y el entrenamiento intercultural tienen grandes efectos en fomentar un entendimiento de su propios raíces culturales. Por eso, están en una posición de apoyar los médicos en capitalizar sus internalizaciones conscientemente. Con este apoyo podrían ser embajadores para la interculturalidad y ejemplos de sus propios procesos de relacionamiento.

6.3 Las excepciones a los patrones

Subieron algunas excepciones a los patrones en las conversaciones. Señora Auralia trabaja en la cultura andina íntimamente como una partera tradicional. Sin embargo, en la conversación, ella dijo que no se percibe una diferencia entre los modelos o las filosofías de la salud-enfermedad. Además, no percibe una diferencia con sus colegas quienes no trabajan tradicionalmente. La barrera del idioma quizás fue el problema. Sin embargo, había una resistencia fuerte de hablar sobre el tema más. Quizás este timidez habla a las diferencias en poder política entre los

modelos. Puede implicar que la desigualdad en el poder en la interculturalidad todavía constricta la habilidad de un diálogo crítico y abierto por el lado de los profesionales tradicionales.

Otra excepción viene en las respuestas de Yoselyn, quien piensa que la medicina andina no relaciona con el psico-social. Es una respuesta sorprendida porque el pensamiento dominante es que la medicina indígena incorpora más el psico-social y los aspectos espirituales. Por ejemplo, en el modelo Mapuche, en el sur, los Machis usan la conversación y sanación espiritual en las rukas al lado de puestos biomédicos. Además, Yoselyn trabaja en una comunidad rural y primariamente Aymara entonces hipotéticamente tiene harta exposición a la cultura. Se alude a los cambios en el conocimiento de la cultura andina que ha pasado recientemente con comunidades aymaras. Fuerzas de la despoblación y la occidentalización forzada han afectado el entendimiento de la cultura, quizás más que otros grupos indígenas como los Mapuche. En elaboración, los Mapuche es una población mucha más grande en Chile que compone 84% de la población indígena en Chile. Por otro mano, los Aymara constituye sólo 6% de la población indígena (Aylwin, 2001). Por eso, en comparación, la voz aymara política ha tenido un efecto más pequeño contra las políticas del gobierno. Diferente de la situación Mapuche, por muchos años la propiedad de las tierras Aymara nunca fueron reconocidas y por eso había una falta de protección legal. Aunque las acciones gubernamentales con los Mapuche no han sido adecuados, era aún más difícil por los Aymara a proteger su modo de vida y cultura sin esta protección básica (Aylwin, 2001). Por eso, es importante considerar cómo el entendimiento de la salud-enfermedad ha cambiado en el contexto de la despoblación y la occidentalización sin un pilar de la protección cultural. Por estas diferencias, opino que la medicina intercultural Mapuche ha retenido más su filosofía de conversar como tratamiento, porque han logrado establecer una presencia más fuerte junto a la salud occidental. Es otro ejemplo de cómo las fuerzas políticas acumuladas afectan procesos del pensamiento cotidiano y la habilidad a integrar dos culturas. El efecto negativo significa que igualmente las políticas pueden tener efectos positivos en el futuro en conservar el conocimiento tradicional y apoyar los médicos con orígenes indígenas.

6.4 Limitaciones en el análisis

Primeramente, las preguntas de las entrevistas requirieron que los participantes reflejaran en su maneras de pensar. Es difícil hacer. Además, las preguntas fueron escritas por un hablador de inglés, entonces fueron más difícil entender por un hispanohablante. Es difícil determinar si los

participantes interpretaron las preguntas sobre “sus filosofías” en las mismas maneras. Inhibe la constancia en las respuestas. Segundo, el tamaño pequeño y limitado de la muestra constricta el análisis profundo. No había participantes de funcionarios sin orígenes indígenas. Por eso es imposible comparar las entrevistas y delinear una diferencia en las filosofías. No se puede concluir que los raíces culturales son las causas de sus filosofías “bien de piel”. No es un análisis causativo. Además, no había participantes de la población Mapuche o de orígenes indígenas no andinas. No se puede hacer una comparación con las entrevistas en cómo las situaciones políticas o cosmovisiones distintas afectan la experiencia de los funcionarios.

6.5 Próximos Estudios

Desde las limitaciones crecen sugerencias para unos próximos estudios. Uno pueda comparar cómo los médicos en posiciones del poder relacionan los modelos en comparación con ellos sin poder. Exploraría cómo el poder afecta la conversación intercultural. Otro pueda comparar las repuestas entre los médicos con origen Mapuche con las de médicos con origen Aymara/Andina. Exploraría cómo los cosmovisiones afectan la experiencia. Además, investigaría como las situaciones políticas de un grupo afecta la habilidad de construir modelos de la interculturalidad más justos.

7. Conclusión

Las entrevistas demuestran que hay una correlación entre los entendimientos de la salud-enfermedad en el niñez y las filosofías de tratar subconscientemente. Además, hay corrientes subyacentes que suenan como sus entendimientos de la salud-enfermedad indígena. Por eso, Chile necesita reconocer la posición única de los funcionarios occidentales con orígenes indígenas. Están en una posición potencial de esparcir sus experiencias de integrar las filosofías de tratamiento porque hay indicaciones que lo hacen subconscientemente. Como Irna elaboró, pueden discutir vocalmente sobre los beneficios de un entendimiento holístico de la salud y las relaciones entre la paciente y el médico. Sin embargo, los resultados demuestran que un entendimiento y una expresión consciente del lugar de la filosofías y técnicos indígenas no son inherentes. Hay fuerzas externas como la exposición a la cultura, la educación y dinámicos de poder políticos que afectan estos microcosmos de la interculturalidad. Entonces es importante cuestionar cómo las políticas hoy en día en Chile están afectando el curso de la interculturalidad

y proponer cambios. Para desenterrar su potencial como embajadores de una interculturalidad más equitativa, nuevos programas serían importantes para apoyar estos médicos. Talleres de la interculturalidad específicos para ellos deben enfocarse en una nueva construcción de la interculturalidad, dándoles herramientas para expresar el relacionamiento cultural que ocurre en sus propias mentes. Igualmente, es necesario tener más programas en las universidades de medicina. Estos programas y cursos educativos deben analizar no sólo el uso complementario de hierbas y técnicas indígenas, sino que también las filosofías más espirituales y la cosmovisión indígena. La interculturalidad no sólo es un negocio entre dos actores; cuando se empieza a ser considerada de una manera diferente, abre el potencial por los componentes valiosos de la integración de culturas en la práctica. Implicada en estas entrevistas, es posible que la exposición a la cultura andina cree un vínculo más fuerte entre los pacientes y los médicos.

8. Referencias

- Alywin, J. (2001). *Pueblos Indígenas de Chile: Antecedentes Históricos y Situación Actual*. Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de la Frontera.
- Burgos, J, et al. OPS, Serie Informes Técnicos, No. 16. (2001) Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mapuche de Makewe-Pelale de Chile. *Organización Panamericana de la Salud*
- Bruun, H. Elverdam, B. (2006) Los Naturista—Healer Who Integrate Traditional and Biomedical Explanations in Their Treatment in the Bolivian Health Care System. *Anthropology & Medicine* (13:3) 273-283.
- Gavilán, Vivian, Viguera, Patricia, Madariaga, Carlos, & Parra, Michel. (2017). Interculturality, Cultural Traditions and Ethnicities. Three Key Notions to Understand Sanitary Policies in Chile *Chungará (Arica)*, 49(4), 477-482. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562017000400477>
- International Work Group for Indigenous Affairs (2019). *The Indigenous World*. IWGIA.
- January, D. (2003). *Spatial Language and Temporal Cognition*. Swarthmore College.
- Jenks, A. C. (2011). From "lists of traits" to "open-mindedness": Emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35(2), 209-35. doi:<http://dx.doi.org.reference.sit.edu:2048/10.1007/s11013-011-9212-4>:
- Langdon, Esther Jean, & Wiik, Flávio Braune. (2010). Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466. doi. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
- OPS, Serie Informes Técnicos, No. 24 (2002). Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la Atención primaria de Salud. *Organización Panamericana de la Salud*
- O'Neill, B; Fallon, M. (1997). ABC of palliative care: Principles of palliative care and pain control. *BMJ*, 315, 801-804.
- Ministerio de Salud (2017). Plan para pueblos indígenas: Proyecto de apoyo al sector salud.
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex.
- Torri, M. C. (2012). Intercultural health practices: Towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. *Health Care Analysis : HCA*, 20(1), 31-49. doi:<http://dx.doi.org.reference.sit.edu:2048/10.1007/s10728-011-0170-3>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7479), 1398–1401.
doi:10.1136/bmj.329.7479.1398

Apéndices

Apéndice I: Preguntas de Entrevista

Preguntas para médicos tradicionales/indígenas:

1. ¿Cual es la cosmovisión de su sistema médico?
2. ¿Cuales son las etapas de tratar un paciente?
3. ¿En su opinión, cuáles son las diferencias más grandes en cómo un médico tradicional se trata su paciente en comparación con un médico occidental?
4. ¿Cómo se trata una paciente en el fin de vida o en una condición crítica?
5. ¿En tú opinión, cuáles son oportunidades por la cooperación e integración de la filosofía tradicionales en las prácticas biomédicas?
6. ¿Se percibe una diferencia en cómo se trata a sus pacientes entre un médico occidental de origen indígena y uno sin origin indígena?
7. ¿Se percibe una diferencia en cómo se recibe la interculturalidad entre un médico occidental de origen indígena y uno sin origen indígena?

Preguntas para médicos occidentales:

¿Que tipo de médico es usted?

¿Se Identifica usted con cuál cultura indígena?

1. ¿Durante su niñez y adolescencia en su cultura indígena, cuál fue su entendimiento de la salud-enfermedad y la medicina?
2. ¿Como se recibe esta información?
3. ¿Existe oportunidad académica de incorporar e integrar conocimientos de los sistemas médicos indígenas en la salud occidental?
4. ¿Cuales son las diferencias más grandes en la filosofía occidental e filosofía tradicional en como cuidar un paciente?
5. ¿Cual es su propia filosofía en cómo se cuida a sus pacientes? A sus pacientes en una condición crítica?
6. Ha sido en una posición de tratar una paciente en el fin de vida o en una condición crítica?
7. ¿Cómo se trata usted una paciente en el fin de vida o en una condición crítica?
8. ¿Se puede pensar en un ejemplo o momento en su carrera cuando su fondo cultural afecta la manera en que se trata el paciente?
9. ¿Se produce algún conflicto entre sus valores y fondo cultural y raíces culturales y el ejercicio de la disciplina científica?
10. ¿Si hay una paciente en una condición crítica o en el fin de su vida, cuáles son las componentes más importantes en cuidarla en manera integral?
11. ¿En el desarrollo de su profesión, con los años usted siente que a podido mantener su visión y conocimientos de la medicina tradicional ?

12. ¿Percibe una diferencia en su propia filosofía de cuidar y la de sus colegas?

Preguntas para estudiantes de medicina:

13. ¿Cuando estaba creciendo en tu cultura indígena, cuál fue tu entendimiento de la salud-enfermedad y la medicina?

14. ¿Como se recibe esta información?

15. ¿Cuales son las diferencias más grandes en la filosofía occidental e filosofía tradicional en como cuidar un paciente?

16. ¿Hay momentos cuando se percibe un conflicto en su fondo cultural y educación occidental?

17. ¿Si hay una paciente en una condición crítica o en el fin de su vida, cuáles son las componentes más importantes en cuidarla en manera integral?

18. ¿Percibes una diferencia entre tu propia filosofía de cuidar y la de sus compañeros?

19. ¿Existe oportunidad académica de incorporar e integrar conocimientos de los sistemas médicos indígenas en la salud occidental?

Apéndice II: Perfiles de los entrevistados

Silvia: Solía trabajar como paramédico. Ahora estudia más la medicina tradicional en Arica y Putre y trabaja como instructor de la lengua Aymara en las escuelas. Su padre es el Yatiri, Don Teófilo.

Don Teófilo: Yatiri de la región de Arica y Parinacota.

Señora Auralia: Partera/Quilliri Aymara en las postas rurales de San Miguel y Socoroma.

Jorge: Estudiante de medicina de la Universidad de Tarapacá. Su familia es de la cultura Aymara.

Irna: Psicóloga y coordinador intercultural en las postas rurales de San Miguel y Socoroma. Se identifica con la cultura Aymara y Quechua.

Elizabeth: Médico en el servicio de salud en Arica. Se identifica con la cultura Aymara.

Isolet: Paramédico en el servicio de salud en Arica. Se identifica con la cultura Aymara.

Marco: (seudónimo). Médico general en un CESFAM en Arica

Daniela: Técnico de enfermería en un CESFAM en Arica. Se identifica con la cultura Aymara

Maritza: Técnico de enfermería en un CESFAM en Arica . Se identifica con la cultura Aymara

Marjorie: Paramédico en el CESFAM en Putre. Facilitadora Intercultural con los médicos Aymara. Se identifica con la cultura Aymara de Bolivia.

Yoselyn: Enfermera en el CESFAM en Putre. Se identifica con la cultura Aymara.

Apéndice III: Formulario de Consentimiento Informado -- distribuido con las entrevistas

Proyecto de Estudio Independiente : Microcosmos de la Interculturalidad

Nombre de la Investigadora: Taylor Lord

Nombre del Consejero: Osvaldo Abalda

Nombre de Organización: SIT Arica

Introducción: Mi nombre es Taylor Lord y soy un estudiante del programa SIT Arica: salud pública, medicina tradicional y empoderamiento de la comunidad. Le invito a participar en mi proyecto como un participante de las entrevistas. Primeramente, es importante darle la información sobre el proyecto. También, su participación en la investigación es completamente voluntaria, se puede tomar tiempo para hacer la decisión, y en cualquier momento se puede cambiarla. Si hay algo en este consentimiento informado que no entiende, por favor me consulte.

El Propósito: El propósito de la investigación es entender cómo se expresa los orígenes culturales en la práctica de los funcionarios occidentales que vienen de una cultura indígena. Me pregunto cómo se relacionan estos dos sistemas médicos y quiero explorar cómo sus raíces cultural se afecta la atención y el cuidado de sus pacientes.

Participación:

1. Su participación en la entrevista es completamente voluntaria.
2. No va a recibir ningún forma de recompensa por su participación.
3. Usted es libre de retirarse de la entrevista y del proyecto en cualquier etapa y puede no responder cualquier parte de la investigación. Si desea retirarse puede hacerlo inmediatamente y sin prejuicio de sus intereses.
4. Tiene el derecho a la investigación final.

Privacidad:

1. Toda la información que usted presente en la entrevista puede ser grabada y protegida en una manera confidencial.
2. Si usted no quiere que la información ser grabada, debe hacérmelo saber, para no grabarle.

3. Se puede elegir a mantener el anonimato.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de World Learning y verificar sus políticas en Investigación de Sujetos Humanos en <http://studyabroad.sit.edu/documents/studyabroad/human-subjects-policy.pdf> o contactar a Director Académico, señor Daniel Poblete al correo daniel.poblete@sit.edu y teléfono 990435658.

Si tiene otras preguntas en el futuro, por favor me contacta:

Correo: taylormlord3@gmail.com

Teléfono: +56 9 7605 8982

Consentimiento de participación:

Por favor, firme abajo si está de acuerdo en participar en la investigación como una participante de la entrevista y admite tener 18 años o más.

He leído la información sobre la investigación, entiendo la investigación y mi papel voluntaria en la investigación y estoy eligiendo a participar en una manera voluntaria.

Nombre de participante:

Fecha:

Firma de participante:

Fecha:

Nombre de investigador:

Fecha:

Firma de investigador:

Fecha:

Consentimiento para nombrar :

Firme con sus iniciales su elección en relación al anonimato

___ consiento a ser nombrado en los artículos, papeles y presentaciones que podrían ser resultados de esta investigación

___ consiento a mantener el anonimato en los artículos, las papeles y las presentaciones que podrían ser resultados de esta investigación

Consentimiento para grabar las entrevistas:

Firme con sus iniciales su elección en relación a la grabación protegida de la entrevista:

— consiento a ser grabado en la entrevista. Entiendo que las entrevistas van a ser protegidas en una manera confidencial.

— no consiento a ser grabado en la entrevista.

