

Artículo Original

Aproximación desde la salud mapuche a los trastornos fonoaudiológicos en la Región de La Araucanía, Chile: Hacia una fonoaudiología en clave intercultural

Daniel Rodríguez Marconi ^{a,*}, Camilo Morales Cárdenas ^a, Michelle Lapierre Acevedo ^b, Fabián Contreras Reyes ^a, Pedro Elgueta Linares ^a, Claudio Risso Ríos ^a, Claudia Ulloa Ferrer ^a y Javier Vidal Vásquez ^c

^a Departamento de Procesos Terapéuticos, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile.

^b Núcleo de Estudios Interculturales e Interétnicos, Universidad Católica de Temuco, Chile.

^c Programa Discapacidad, Casa de la Inclusión, Municipalidad de Freire, Chile.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es indagar cómo la salud mapuche se aproxima a las condiciones de salud que la fonoaudiología clasifica como trastornos de la comunicación, desde un planteamiento teórico-epistemológico que contempla la formación de los agentes de salud, el proceso diagnóstico, el sistema de atención propio e intercultural y el tratamiento de las patologías de voz, audición, deglución, lenguaje y cognición. A través de un diseño teórico-metodológico basado en la teoría fundamentada, se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis personas agentes de salud mapuche, incluyendo cuatro *machi*, un *lawentuchefe* y un *peumantufe*. Como resultados se obtienen tres categorías de análisis: *kizukutrán*, relacionado con el proceso de formación del agente de salud; *kutrán*, relacionado con las patologías, trastornos, su diagnóstico y tratamiento, y sistema de salud, relacionado con las diferencias y relaciones entre el sistema salud mapuche y no mapuche. Los sanadores tradicionales mapuche usan plantas medicinales, rituales y recursos terapéuticos propios para el abordaje de las patologías del área de la fonoaudiología, y que se emplean de manera independiente o en conjunto con la salud médica oficial. Se discuten las diferencias y coincidencias del abordaje de la salud mapuche a las patologías del área de la fonoaudiología, así como los desafíos para la profesión que implica realizar prácticas terapéuticas interculturales respetuosas y éticas, en perspectiva de una interculturalidad crítica.

Palabras clave:

Mapuche; Salud intercultural; Fonoaudiología; Interculturalidad crítica

Chumgechi am ta pepi mapuche lawentugeafuy tüfey chi che küzawtukelu ñi küme zugal, Araucanía mapu, Chile mew: Kintulen epu rume chi lawentuchen fonoaudiología zugu mew**

AMULKÜNUN ZUGU

Tüfachi inaramtun zugu ta küpa inaramtuy mapuche lawentuchen mew tüfey chi ketxozugun pikekelu ta fonoaudiología mew, kiñe rakizam kimün mew koneltulelu ta pu lawentuchefe, ñi chumgechi kimgen ta kutxan, ñi chumgechi lawentugeken ta che ka intercultural mew ka chumgechi ñi lawentugeken ta ketxoketxozugulu, allkün zugu, rulmen yaqel zugu, zugu ka ñi chumgechi kimken ta che. Tüfa chi küzaw ta nentugey kiñe teórico-metodológico zugu mew rekülüwkülelu ta teoría fundamentada zugu mew, nentugey wenche azkünun ramtukan mew ta kayu lawentuchefe küzawkelu ta lawentuchen mew, fey mew ramtugey ta meli machi, kiñe lawentuchefe ka kiñe pewmatufe. Fey wechulün küzaw ta wentugey küla güneltun zugu: kizukutxan, tüfey chi zugu ta lawentuchefe ñi chumgechi kimeltugey ñi kim lawentuchéal; kutxan, tüfey ta kutxan zugu, kutxankawün zugu, ñi chumgechi kimgen chem kutxangen ka chumgechi lawentugeal, ka lawentuchen zugu, fey mew ta feypigey chem kaley ka chem zugu mew yewpay ta mapuche lawentuchen egu wigka lawentuchen. Pu mapuche lawentuchefe pünekeygün aliwenke lawen, llellipun ka pünekeygün kiñeke mapuche azümwün lawentual tüfey chi kutxan konkelu fonoaudiología mew, fey wichu pünekeygün kam txür amulekey médico lawentuchen egu. Femgechi gütxameyey ñi kalen ka ñi yewpan ñi chumgechi lawentugeken kutxan konkülelu ta fonoaudiología zugu mew, ka femgechi gütxameyey ñi chumgechi küzawafel fey chi profesión ñi zoy küme yamkechi lawentual epu rume kimün mew, ñi küme güneltunical ta epu rume kimün.

Koneltulechi nemül:

Mapuche; Epu rume lawentuwün; Fonoaudiología; epu rume güneltun

Abordagem da saúde mapuche aos transtornos na área da fonoaudiologia na região de La Araucanía, Chile: rumo à fonoaudiologia em chave intercultural

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar e discutir como a saúde mapuche aborda as condições de saúde que a fonoaudiologia classifica como transtornos da comunicação a partir de uma abordagem teórico-epistemológica que contempla a formação dos agentes de saúde, o processo diagnóstico, o sistema de cuidado próprio e intercultural e o tratamento de patologias da voz, audição, deglutição, linguagem e cognição. Por meio de um delineamento teórico-metodológico baseado na teoria fundamentada, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis agentes de saúde mapuche, sendo quatro machi, um lawentuchefe e um peumantufe. Como resultado, obtêm-se três categorias de análise: kizukutrán (relacionado ao processo de formação do agente de saúde), kutrán (relacionado a patologias, transtornos, seu diagnóstico e tratamento) e sistema de saúde (relacionado às diferenças e relações entre o sistema de saúde mapuche e não mapuche). Os curandeiros mapuche utilizam plantas medicinais, rituais e recursos terapêuticos próprios para tratar patologias na área da fonoaudiologia e que são utilizados de forma independente ou em conjunto com a saúde médica oficial. Discutem-se as diferenças e coincidências da abordagem da saúde mapuche às patologias na área da fonoaudiologia, bem como os desafios da profissão para realizar práticas terapêuticas interculturais respeitosas e éticas.

Palavras-chave:

Mapuche; Saúde intercultural; Fonoaudiologia; Interculturalidade crítica

Mapuche Health Approach to Speech and Language Disorders in La Araucanía, Chile: Towards a Speech-Language Therapy with Intercultural Perspective

ABSTRACT

The objective of this research is to investigate and discuss how Mapuche health approaches the health conditions that Speech-Language Therapy classifies as communication disorders, from a theoretical-epistemological approach that contemplates the training of health agents, the diagnostic process, the intercultural mapuche health system relationships, and the treatment of voice, hearing, swallowing, language and cognition disorders. Through a grounded theory design, semi-structured interviews were conducted with six Mapuche health agents, including four machi, one lawentuchefe, and one peumantufe. As results, three categories of analysis are obtained: kizukutrán (related to the training process of the health agent), kutrán (related to pathologies, disorders, diagnosis and treatment) and health system (related to the differences and relationships between the system mapuche and non-mapuche health). Mapuche traditional practitioners use medicinal plants, rituals and their own therapeutic resources to address pathologies in the area of speech therapy, and they are used independently or together with official medical health. The differences and coincidences of the Mapuche health approach to pathologies in the area of speech therapy are discussed, as well as the challenges of the profession to carry out respectful and ethical intercultural therapeutic practices.

Keywords:

Mapuche; Intercultural health; Speech-Language Therapy; Critical interculturality

*Autor/a correspondiente: Daniel Rodríguez Marconi

Email: droduiguez@uct.cl

** Traducción al mapudungun hecha por lamgen Flor Caniupil Huaiquiñir

Recibido: 28-01-2022

Aceptado: 17-10-2022

Publicado: 30-11-2022

INTRODUCCIÓN

Los mapuche son el pueblo originario con más representación poblacional en Chile, correspondiente a un 79,8% del total de personas indígenas, las cuales a su vez representan el 12,8% de la población del país (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017). Lo anterior, junto con la necesidad de garantizar los derechos de los pueblos indígenas, así como también de dar un lugar legítimo a sus conocimientos ancestrales, constituye un gran desafío para la

creación de políticas públicas inclusivas e interculturales, especialmente aquellas relacionadas con la salud.

El sistema de creencias y conocimientos mapuche sobre salud y sus prácticas de sanación (*lawentuwün*) está inmerso en un contexto donde las relaciones de poder posicionan como hegemónica a la medicina oficial, dominada por el modelo biomédico, lo que establece desigualdades en el trato y la convivencia entre usuarios y tratantes. En este escenario, la salud

intercultural se presenta como un enfoque que hace posible el diálogo y mutuo reconocimiento entre sistemas de creencias y conocimientos en torno a la salud y la enfermedad que tengan los distintos pueblos y naciones. Para ello, es fundamental reconocer que la salud intercultural en Chile es, sobre todo, un campo en disputa (Boccaro, 2012), pues no puede desentenderse del contexto político-cultural en el cual se establecen las relaciones entre culturas; particularmente, en este caso, de la compleja relación histórica que tiene el Estado de Chile con el pueblo mapuche, cruzada por la mirada asimilacionista y asistencialista, lo que impacta en el ámbito de la salud intercultural como política pública contemporánea (Cuyul, 2013). Siguiendo este enfoque, Walsh (2010) considera que solamente la perspectiva de interculturalidad crítica permite atender a este desafío político de plantear un proyecto de interculturalidad que no sea funcional a los propósitos asimilacionistas del Estado.

En un contexto global sobre la relación de los Estados con los Pueblos Originarios, el artículo 25, párrafo 1, del Convenio 169 de la Oficina Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales indica que

Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (Organización Internacional del Trabajo, 2014, p. 53).

Adicionalmente, el Convenio 169 en su artículo 30, párrafo 1, expone que

los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud” (Organización Internacional del Trabajo, 2014, p. 59).

Lo anterior obliga a Chile a considerar la salud de sus pueblos indígenas como parte del sistema de salud nacional, a permitir las formas autónomas de ejercicio de su propia medicina y a garantizar los medios para responder a sus necesidades y participación de forma igualitaria en conjunto con la comunidad nacional.

En relación con dicha incorporación, se reconoce un primer intento institucional en el año 1992, post dictadura, con la aparición de Programa de Salud para la Población Mapuche

(Promap) (Manríquez-Hizaut et al., 2018). Sin embargo, es posible rastrear desde el siglo XVI diversas prácticas de salud que muestran una relación entre distintos sistemas médicos, especialmente a través del uso de yerbas medicinales (Lapierre y Glöel, 2022). Al respecto, Olivos (2004) afirma que el amplio conocimiento y manejo del mundo vegetal es característico de los saberes antiguos del pueblo mapuche; a la vez, Citarella et al. (2018) afirman que su herbolaria ha sido la práctica más estudiada y de mayor reconocimiento en Chile. Acorde a esto, el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud (MINSAL), regula y reconoce el uso de medicamentos herbarios tradicionales (Resolución 548 Exenta, 2009). Así, parece ser que la herbolaria ha sido el campo donde ha existido mayor consenso por parte del Estado para el cumplimiento de sus obligaciones internacionales en materia de reconocimiento de derechos culturales relacionados de la salud de los pueblos indígenas, por lo que surge la pregunta de si aquello es suficiente como práctica de reconocimiento y política de salud intercultural.

En el sistema de conocimientos y creencias mapuche sobre salud y enfermedad, todas las personas forman parte del *mapu* (universo, tierra) y son necesarias para vivir en armonía y equilibrio. En este sentido, la ética mapuche consiste en que el *che* (persona) tiene la función de equilibrar las relaciones que existen en la naturaleza, estableciendo una comunicación con ella, en un sentido de reciprocidad (Quidel, 2020; Carihuentro, 2007). A su vez, este sistema de conocimientos y producción de prácticas destaca la naturaleza del organismo humano y su capacidad de recuperar el estado de equilibrio dinámico, posicionando a la persona como responsable del mantenimiento de su propia salud y recuperación (Caniullan y Mellico, 2017; Silva, 2011). Lo anterior se enmarca en una concepción más colectiva, intergeneracional (relativa al linaje), espiritual y natural/ecológica sobre la salud y la enfermedad.

En tal sentido, Marileo (2002) describió que, cuando un mapuche rompe el equilibrio al transgredir leyes de la naturaleza, sufre las consecuencias del desequilibrio que ha provocado. En este punto, la enfermedad, tanto física como espiritual, impacta en la calidad de vida del individuo y de sus cercanos. Si el estado de desequilibrio, denominado *kutran*, ha ingresado en la persona, se manifiesta no solo en la ausencia o presencia de dolor, sino además en el comportamiento de la persona y de su entorno (Citarella et al., 2018; Díaz et al., 2004). A su vez, el *kutran* puede ser desencadenado por *wekufe* o *wekufü* (espíritu maligno), concepto que se le atribuye a todo sujeto, agente o espíritu dañino. Este es considerado como una energía que, al penetrar en el organismo biológico, genera una ruptura del equilibrio armónico de cuerpo y mente (Citarella et al., 2018).

Según Echeverría et al. (2002), la cosmovisión mapuche atribuye a la generación de desequilibrio y enfermedad las siguientes fuerzas: (1) *Weza newen*, energías negativas manejadas por personas que utilizan procedimientos para perjudicar o dañar a otros; (2) *Weza püllli*, espíritus negativos de la naturaleza, presentándose de distintas formas, y (3) *Weza kürüf*, entre ellos los *trafetun*, haciendo referencia a encuentros con espíritus negativos que afectan el estado de desequilibrio, y los *meülen*, entendido como remolinos que aparecen al mediodía, o bien cuando hay ceremonias, y anuncian desgracias. Los síntomas que producen los *kutran*, a su vez, pueden ser clasificados de acuerdo con su intensidad, distinguiéndose entre *pichikutran*, o enfermedades menores, y *futakutran*, o enfermedades graves. Conforme la duración de estas, pueden ser *lefkutran* (aguda o reciente) o *kuifikutran* (crónicas o más antiguas). Por último, según la localización de los *kutran*, dependerá si es una enfermedad que afecta el cuerpo en general o a una parte específica (Grebe, 1975).

Para el abordaje del *kutran*, Marileo (2002) afirma que el pueblo mapuche desarrolló un sistema curativo que restablece el equilibrio y la armonía, conformando un conjunto de conocimientos y prácticas que han sido utilizadas durante siglos. Bacigalupo (1995) señaló que en este sistema se entiende que el cuerpo está interconectado con la espiritualidad, las emociones y los pensamientos, por lo que las prácticas de sanación mapuche dan respuesta pragmática a las concepciones propias de espiritualidad y trascendencia. Al respecto, en función del equilibrio que se busca mantener, Gálvez (2012) afirma que este conocimiento se logra a través de la observación de la naturaleza, que en lengua mapuche se expresa como *inarrumen*, la metodología del aprendizaje cultural. Es decir, el sistema de salud mapuche cumple un rol preventivo centrado en el conocimiento de la naturaleza y sus ciclos, sin separar lo físico de lo mental o psicológico, ni lo espiritual (Grebe, 1975).

De acuerdo con Marileo (2002), las y los principales sanadores tradicionales mapuche son:

(1) El o la *machi*, quien se encarga de la curación natural; es la única persona autorizada para establecer un puente con los espíritus creadores y los *ngen* (espíritus que tutelan la naturaleza como dueños y protectores de ella), con quienes mantiene una comunicación directa, además de con los antepasados y las realidades no-ordinarias (Díaz et al., 2004). Generalmente usan métodos empírico-naturales (hierbas medicinales, minerales y, a veces, productos farmacéuticos), junto con otros métodos espirituales que forman parte de los rituales: oración, el canto y tocar el *kultrum* (Bacigalupo,

2001). El/la *machi* declara que el usar ambos métodos simultáneamente refuerza sus poderes y, por lo tanto, la eficacia del ritual (Grebe, 1975).

(2) El o la *lawentuchefe*, meica o yerbatero/a, quien tiene dones para conocer las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales, trabaja con plantas medicinales o con productos realizados en base a ellas y se relaciona con los *ngen* para recolectar el *lawen*. Muchas/os *lawentuchefe* han obtenido sus conocimientos tradicionales por transmisión oral y los han desarrollado por medio de la práctica (Cisternas, 2016).

(3) El o la *peumantufe*, agente de salud que por medio de sueños pronostica el porvenir de objetos y animales (Citarella et al., 2018).

En contrapartida, se encuentra el modelo médico científico, que toma características de sistema dominante en las sociedades modernas y tiene características institucionales. Todo modelo médico está construido en base a las nociones que la sociedad y cultura posee acerca de la salud y/o enfermedad. Esta construcción ha tenido un largo recorrido histórico en la sociedad moderna, que comenzó con la transformación epistemológica que en Europa contempló la pérdida de los referentes cósmicos que les daban explicación a los fenómenos de salud/enfermedad, para quedarse con aspectos físicos, materiales e ideológicos que se mantienen hasta el modelo actual (Jofré et al., 2007) y que concluyó en la conformación del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), que se reconoce hoy como oficial en los Estados. Este autor define a este modelo como

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (1988, p. 1).

La fonoaudiología, como disciplina moderna, nace y se desarrolla al alero de este modelo médico científico y facultativo. En la actualidad, este modelo interactúa con otros sistemas de salud, sin embargo, ejerce un dominio sobre estos. Así, las experiencias de programas de salud intercultural en general se han alojado dentro de sus límites como invitados incómodos y se han desarrollado con dificultades en Latinoamérica (Menéndez, 2017). La complementariedad entre sistemas de salud implica algo más que la mera coexistencia en un territorio, pues esta última no asegura el diálogo entre iguales respecto de la filosofía y epistemología

que sustentan los sistemas de conocimiento y prácticas relacionadas con la salud.

Actualmente en Chile no existen programas de fonoaudiología con perspectiva intercultural en salud, ni investigaciones que vinculen a la salud mapuche con la profesión, por lo que no hay antecedentes previos al respecto. Considerando lo anterior, y con el propósito de comenzar a establecer un diálogo e intercambio horizontal a nivel intercultural entre la disciplina de fonoaudiología y los conocimientos de salud mapuche, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cómo se aproxima la salud mapuche a las condiciones de salud que la fonoaudiología clasifica como trastornos de la comunicación? ¿Cómo puede la fonoaudiología dialogar con estas aproximaciones culturales mapuche para avanzar hacia la salud intercultural?

MÉTODO

El estudio corresponde a una investigación de tipo cualitativa, con un diseño basado en la teoría fundamentada (Corbin y Strauss, 2015). Este enfoque teórico metodológico permitió, a través de la iteración de los datos, generar una teoría emergente acerca de las experiencias vividas y saberes de los sanadores tradicionales (Charmaz, 2005).

Se utilizó un muestreo teórico (Sbaraini et al., 2011), mediante el cual se seleccionaron seis participantes, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: (1) Ser sanadores tradicionales mapuche insertos o ser participantes activos de una comunidad mapuche dentro de la región, (2) llevar al menos un año de experiencia realizando labores correspondientes a la salud mapuche y (3) realizar labores de salud mapuche en su territorio geográfico o comunidad. Las personas entrevistadas fueron localizadas a través de informantes clave y porteros, que son parte de la cultura mapuche o que están vinculados a las comunidades. Los entrevistados identificados con los números 1, 2, 3 y 4 son *machi*, el entrevistado 5 es *lawentuchefe* y el 6 es *peumantufe*. Ellos provienen tanto de zonas urbanas como rurales de la Región Araucanía, particularmente de las comunas de Nueva Imperial, Melipeuco y Padre Las Casas.

Los datos se recolectaron través de una entrevista semi-estructurada realizada a cada participante. Con estas entrevistas, buscamos recopilar información sobre cómo los sanadores tradicionales mapuche conciben la salud y consideran e intervienen las condiciones de salud que desde el enfoque médico hegemónico se comprenden como patologías fonoaudiológicas. Cada entrevista estuvo compuesta de cinco preguntas. La primera

se relacionaba con el proceso de aprendizaje de los sanadores tradicionales mapuche; la segunda indagaba en su opinión del sistema de salud médico oficial; la tercera, sobre las enfermedades más frecuentes que tratan en su trabajo; la cuarta, en su opinión sobre la interculturalidad; por último, la quinta pregunta, compuesta de varias secciones, buscó indagar sobre el tipo de tratamiento que realiza el entrevistado ante las condiciones de salud que la fonoaudiología reconocen como trastornos de la comunicación. Esta última pregunta fue apoyada además por explicaciones verbales y por videos de ejemplo de las patologías, entendiendo que era probable que no se compartieran las mismas etiquetas diagnósticas. Cabe mencionar que los contenidos de dicha entrevista fueron revisados, retroalimentados y validados por un investigador perteneciente a la etnia mapuche y conocedor de su cultura, además de un metodólogo.

Como señala Overton (2013), la palabra investigación es problemática para los pueblos originarios y, por consiguiente, para el pueblo mapuche en Chile. Para abordar este desafío, quienes desarrollamos este proyecto nos posicionamos desde una perspectiva metodológica y ética que respete la justicia epistémica y la ecología de saberes (Santos, 2010), tanto en la preparación de la investigación, como en el proceso de recolección de datos y el análisis de estos. Esto implicó, entre otras cosas, la preparación de un protocolo de contacto que reflejara las creencias y/o cosmovisión del pueblo mapuche al respecto y permitiera un acercamiento culturalmente respetuoso en el contexto de una investigación intercultural. Este protocolo se basó en el documento Manual de Protocolo para no Mapuche (Municipalidad de Padre Las Casas, 2009), el cual se confeccionó con el apoyo de Oscar Cayupán, asesor mapuche, en conjunto con otros especialistas. Como parte del protocolo, la visita a cada entrevistado se complementó con un *yewün*, entendido como un regalo para los dueños de casa (en este caso los sanadores tradicionales), realizado como signo de agradecimiento (Municipalidad de Padre las Casas, 2009). Además, los objetivos de la investigación se explicaron de manera transparente, los agentes de salud siempre tuvieron la posibilidad de resolver sus consultas e inquietudes y se procuró indicar frecuentemente que era posible terminar la entrevista cuando los entrevistados quisieran. El estudio, en su conjunto, fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Temuco (código documento 0190102/22), el cual contempla la evaluación ética de investigaciones interculturales e interétnicas. Esta aprobación incluyó el formato de consentimiento informado que se les pidió firmar a los participantes.

Cada entrevista tuvo una duración estimada de 45 a 60 minutos y fue grabada en formato de audio, para posteriormente ser

transcritas por personas capacitadas para dicha labor. El registro de la entrevista se complementó con notas en una bitácora de campo. Los participantes, cabe destacar, tuvieron absoluta libertad de utilizar la conceptualización o expresiones en su lengua materna que consideraran necesarias. Dicha terminología fue contextualizada y aclarada a solicitud de los investigadores e incluida en el análisis de la información obtenida.

Las entrevistas transcritas se analizaron en procesos iterativos de emergencia conceptual, que comenzó con la obtención de las unidades de significado, para luego identificar y agrupar las unidades de cada discurso que presentaron un tema en común, y finalmente delimitar los temas y realizar una interpretación. A los datos recopilados se le aplicaron matrices de análisis o códigos, que simbolizan el punto inicial para el proceso de codificación (Fernández, 2006). Como primer paso se realizó codificación abierta, que consistió en segmentar la información y asignar de un código. Este procedimiento se llevó a cabo en cada muestra obtenida de los entrevistados. Luego, se llevó a cabo la codificación axial, que consistió en establecer relaciones entre las categorías. Dentro del proceso de codificación, se contempló alcanzar la etapa de saturación, es decir, el momento en que la información que emerge de los datos se vuelve repetitiva o no relevante para la investigación, en función de la información provista por los participantes (Glaser y Strauss, 1967).

Las categorías emergentes se jerarquizaron y se situaron en el centro del planteamiento que se encuentra en exploración. Luego se relacionaron con otras categorías, produciendo un análisis del contenido orientado a responder la pregunta de investigación. El análisis de la información fue compartido con los participantes del estudio para retroalimentación. Resulta relevante destacar que cada etapa de codificación y categorización fue realizada de manera paralela por dos investigadores, considerando la opinión de un tercero en caso de no existir acuerdo.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados, siguiendo una línea de razonamiento que apunta al abordaje de la salud en la cultura mapuche de la Región de La Araucanía. Esta línea de razonamiento se plasmó en dos niveles de codificación dentro de tres categorías emergentes: *kizukutrán*, *kutran* y sistemas de salud (Tabla 1).

Kizukutrán

Respecto a las preguntas sobre la formación de los sanadores tradicionales mapuche, uno de los conceptos que aparece transversalmente durante las entrevistas es el de *kizukutrán*, aludiendo a “una enfermedad propia de la cultura, dirigida a toda persona mapuche con el objetivo de volver a sus orígenes” (Informante 1- machi); esta es manifestada de manera física, psicológica o espiritual. Esta enfermedad se puede manifestar con variada sintomatología, como dolor de cabeza, baja energía, urticaria o reactivación de antiguas enfermedades.

En el caso específico del proceso de formación de los sanadores profesionales, estos comentan que el sufrimiento del *kizukutrán* suele estar asociado al proceso inicial de transformación en sanadores tradicionales, por ejemplo, al asumir el rol de machi. A través del *kizukutrán*, los entrevistados reconocieron su responsabilidad como sanadores tradicionales del pueblo mapuche. Mencionan que consideran su trabajo como un don que es entregado por fuerzas ancestrales regidores del orden del universo, siendo merecedores de respeto y reconocimiento como tal. Este don, a pesar de conllevar un sufrimiento reflejado en múltiples manifestaciones asociadas al *kizukutrán*, debe ser ejercido, de lo contrario el *pullü* o alma podría acabar muriendo.

La totalidad de los entrevistados concuerda en que el don revelado presenta una correlación hereditaria, comentando que todos tuvieron un familiar con el mismo don, relacionado al concepto del *kupal* o descendencia. Igualmente, señalan que, junto al *kupal*, es necesario obtener el *kimün* o el conocimiento mediante la práctica y observación, la cual en primera instancia es dirigida por un machil o tutor de mayor experiencia, que cumple labores de guía.

Tabla 1. Matriz de análisis durante el proceso de codificación.

Categoría	Codificación 1	Codificación 2
<i>Kizukutrán</i>	Autopercepción	Personal Espiritual
	Manifestaciones	Físicas Psicológicas
	Formación	Descubrimiento Tiempo de aparición Obtención de conocimiento <i>Rewe</i>
<i>Kutran</i>	Generalidades	Relación <i>Pullü</i> - <i>Kupal</i>
	Diagnóstico	<i>Lawen</i>

	Tratamiento	Rogativas Secretos
Sistemas de salud	Opinión del SSMH Opinión del SSMap Interculturalidad	

SSMH: Sistema de salud médico hegemónico; SSMap: Sistema de salud mapuche.

La totalidad de los entrevistados concuerda en que el don revelado presenta una correlación hereditaria, comentando que todos tuvieron un familiar con el mismo don, relacionado al concepto del *kupal* o descendencia. Igualmente, señalan que, junto al *kupal*, es necesario obtener el *kimün* o el conocimiento mediante la práctica y observación, la cual en primera instancia es dirigida por un machil o tutor de mayor experiencia, que cumple labores de guía.

Una vez alcanzado el mapuche *kimün* (conocimiento mapuche), que considera todos los saberes propios de la cultura, incluidos la salud, la educación, los ritos y la lengua, el agente de salud mapuche está apto para ejercer como tal, proceso que culmina con la instalación del *rewe* (totem o árbol sagrado de *machi*). Respecto a lo anterior, uno de los entrevistados refiere que ese momento “es cuando uno se consagra como *machi*, cuando uno puede abrirse al mundo laboral” (Informante 3 - machi). Así, se observa un proceso formativo, la comprensión y generación de conocimiento, la mentoría o relación con sanadores tradicionales experimentado y la adquisición de experiencia en base a la práctica.

Kutran

Respecto al tratamiento de las condiciones de salud consultadas, los sanadores tradicionales mapuche mencionan de manera general que el *kutran* o enfermedad es un desequilibrio del *Pullü* o espíritu, el cual repercute en el cuerpo. Las manifestaciones de este desequilibrio, al igual que las del *kizukutrán*, son variadas, sin embargo, sus causas pueden ser energías provenientes de otras personas, al transgredir tanto la naturaleza como las prácticas propias culturales.

Como consecuencia, se expresan síntomas físicos relacionados al desequilibrio del *pullü*, presentando una relación íntima con los elementos naturales, además de un vínculo con los *pullü* de la familia, es decir, el *kupal*. Es por esto que las transgresiones que efectúa un individuo pueden repercutir indirectamente en algún cercano o pariente.

Para los entrevistados, la manera de revelar el motivo del *kutran* es realizando generalmente un *pewutun*, entendido como el acto

de observar el estado de un usuario, ya sea en persona, a través de la orina, su cédula de identidad o alguna pertenencia, dependiendo del sanador tradicional.

Según los entrevistados, el abordaje de dichas afecciones puede ser de tres formas:

- (1) *Lawen*: elementos vegetales (hojas, tallos, raíces, flores, etc.) que pueden ser administrados de diferentes formas, ya sea por vía oral o través de friegas, en sahumero, etc. Este remedio no es sólo la combinación de elementos vegetales tangibles, sino también implica intrínsecamente las energías de la persona y el momento o lugar donde es preparado.
- (2) Secretos: Todo acto transmitido generalmente de manera oral y hermética, lo cual conlleva una fuerte carga espiritual-ritual de carácter protectora. Estos secretos no fueron revelados en las entrevistas.
- (3) Rogativa: Se refiere a una ceremonia donde el sanador se conecta con el mundo espiritual para pedir por un acontecimiento en específico. Pueden ser desde ceremonias complejas como *machitun* o *guillatun*, hasta ceremonias más íntimas como la visita a algún lugar natural (cascada, humedal, mar) o al hogar del enfermo junto a su familia.

En relación con la información relacionada con la intervención en fonoaudiología, se logró sistematizar las siguientes prácticas.

- (A) En el caso de las niñas y los niños, se evidencia un enfoque preventivo desde el período prenatal y, además, se abordan aquellos *kutran* que en fonoaudiología pueden ser identificados como trastornos del lenguaje asociados a déficit intelectual, trastorno específico del lenguaje, tartamudez y trastorno del lenguaje asociado a síndrome de Down. En estos casos se genera *lawen*, secreto o rogativa específicos, ya sea como catalizador o depresor de la actividad mental y corporal.
- (B) Apuntando a los *kutran* presentes en adultos (que podríamos catalogar en fonoaudiología como trastornos cognitivo-comunicativos asociados a accidentes cerebrovasculares, traumatismos encéfalo craneanos, demencia o lesión de hemisferio derecho), los entrevistados responden bajo dos líneas de trabajo. La primera es comprender el caso, el cual puede provenir de factores desequilibrantes (energía o espíritu externo) que afectan la percepción y comunicación del individuo. Para esto, el abordaje se basa en las causas del cuadro, es decir, en el restablecimiento de las energías causantes del mal, a través de *lawen* y/o rogativa, dependiendo del caso (Informante 3 y 4 - machi). La segunda línea de trabajo es en el proceso de pronto deceso natural del cuerpo y alma del individuo. En este contexto, se menciona que “la

mayoría de la gente mapuche retrocede cuando está a punto de irse, es decir, muy enfermos o a punto de morir, estos retroceden a una parte de su vida donde fueron muy felices” (Informante 2- machi), debido al paso de los años. En estos casos el abordaje acostumbra a ser paliativo, mencionando que “se suelen utilizar remedios naturales revitalizadores, a modo de *lawen* refrescantes” (Informante 5 - lawentuchefe).

(C) En los trastornos de la audición, se diferencian pérdidas auditivas congénitas o adquiridas, siendo las primeras derivadas al sistema de salud médico. En los casos de hipoacusia de conducción por tapón de cerumen, los informantes refieren realizar lavados de oído, destacando el uso de aceites naturales (*lawen*) o agua oxigenada (Informante 3, 4 - machi y 5 - lawentuchefe).

(D) En el caso de los trastornos de voz, los sanadores tradicionales mapuche consideran que la disfonía no es una patología aislada, por lo tanto, dentro del proceso de tratamiento se busca el origen o la causa del problema asociado a la voz. Estas causas pueden ser físico – orgánicas, por ejemplo una inflamación por exceso de trabajo, contexto en que se aplica *lawen* y secretos. La otra causa es espiritual/psicológica, que podría explicarse cuando ocurre algún accidente inesperado o se reprime alguna emoción (Informante 1- machi), lo que podemos asociar a disfonías de origen psicogénico. Para estas situaciones se aplican remedios como *lawen* y/o secretos en un inicio, que irán cambiando conforme responda el usuario, de esta forma se va descubriendo la causa de la disfonía y es muy común implementar rogativas, según el caso.

(E) Sobre los trastornos de deglución, los informantes centran el tratamiento en la búsqueda de la ingesta de alimentos sin dificultad, a través de *lawen* que facilite el proceso deglutorio. Se comenta además el uso de modificaciones en la entrega del *lawen* (a través de supositorio o friega).

Sistemas de salud

Para comprender cómo se realizan los procesos de tratamiento de los trastornos asociados a fonoaudiología en la salud mapuche, es necesario conocer cómo opera su sistema de salud o *lawentuwün* y su relación con el sistema de salud médico. Respecto a la percepción que tienen los informantes sobre las características y los efectos de las prácticas y procedimientos en patologías de la comunicación, los entrevistados se refieren a ellas de modo general como *kutran*. Frente a esto, mencionan que los tratamientos que imparte su sistema están en constante interacción con la naturaleza y el mundo espiritual, siendo ellos los comunicadores entre ambos planos. Los agentes de salud entrevistados también observan que:

- 1) La medicina no mapuche que constituye la medicina oficial trabaja más rápido al curar patologías, a diferencia del sistema mapuche que se evidencia más lento, pero eficaz: “el *mapu lawen* o medicina mapuche, son mucho más lentas de cubrir, las yerbas, el *lawen* de por sí tiene un proceso mucho más lento que una medicina occidental” (Informante 2 - machi); “para mí es totalmente diferente, por el método de intervención, acá el proceso natural es más lento, pero muy eficaz” (Informante 6 - peumantufe).
- 2) Los fármacos del sistema de salud médico tienen efectos secundarios negativos, a diferencia del *lawen*; “los medicamentos no son certeros, a veces pueden mejorar algunos malestares, pero hacen daño y generan otras enfermedades” (Informante 6 - peumantufe).
- 3) Los diagnósticos médicos son muy estructurados, generan sesgos, mientras que los sanadores tradicionales mapuche generan un diagnóstico único y no estructurado.
- 4) El sistema de salud médico tiende a ignorar el plano espiritual, a diferencia del sistema mapuche, donde es fundamental: “hoy en día la gente no es tanto lo que se enferma corporalmente, hoy en día la enfermedad va espiritualmente” (Informante 3 - machi).
- 5) Se considera que el sistema de salud médico suele tener una atención de mala calidad, a diferencia de su sistema que es altamente personalizado.
- 6) El sistema médico oficial es un sistema que se enfoca solo en la enfermedad: “El sistema mapuche no es invasivo para el organismo (...) tiene que haber toda una relación antes, se debe llevar un proceso riguroso para aprender a tratar a la persona, por eso cuando uno hace una atención se comienza desde el “quién eres tú”, no se trata como una simple sesión ni mucho menos es invasivo, eso no se ve en nosotros, a no ser que sea muy extremo” (Informante 1 - machi).

Respecto a la interculturalidad, un comentario relacionado a esta temática señala que “los mapuche, antes de que llegaran [los occidentales] éramos interculturales, sí había relación, pactos o tratados para intercambiar pieles, productos, alimentos, frutos, etcétera, con otras culturas. Eso ha estado desde siempre innato” (Informante 1- machi). De acuerdo con esto, el sanador tradicional mapuche comenta que “el problema es cuando nos enfrentamos al chileno, porque de verdad nos invisibiliza, nos minoriza al ser nuestro sistema de vida distinto” (Informante 1 - machi). En este punto, el informante destaca constantemente la desvalorización de tradiciones y cosmovisiones por parte del chileno, quien continúa imponiendo su propia idiosincrasia, situación que perciben hasta en la actualidad. Asimismo, otro informante asevera que “nunca

hemos visto el cambio de la sociedad chilena hacia nosotros” (Informante 2 - machi).

Como se mencionó, existen situaciones donde hay participación de ambos sistemas de salud, pero en una dinámica compleja de relaciones. Un ejemplo de esto se observa en uno de los hospitales interculturales de la Región de La Araucanía en Chile, donde uno de los entrevistados que tiene contacto con las/los machi que ejercen en el establecimiento de salud, expresa lo siguiente “yo les preguntaba cómo era la interacción con los médicos y ahí también me dijeron que cada área trabaja independiente, a no ser que el médico sea más abierto a otros criterios” (Informante 2-machi). Otros aportes señalan que no hay interacción con los hospitalizados o no existen reuniones para casos en los cuales los sanadores tradicionales mapuche pueden tratar de manera complementaria. En el proceso de entrevista los participantes no mencionan al profesional fonoaudiólogo/a como parte del proceso de intervención ni han tenido experiencias con ellas y ellos en su trabajo de sanación.

DISCUSIÓN

De acuerdo con las entrevistas, muchos obstáculos y diferencias que perciben las personas entrevistadas se fundamentan en el desconocimiento y desinformación del *winka* (persona no mapuche) hacia la cultura mapuche. Se percibe, además, escasa valoración de los sanadores tradicionales mapuche por parte del sistema médico hegemónico, en comparación con la que se tiene hacia los profesionales del área de la salud y el conocimiento científico que sustenta sus acciones, lo cual es coincidente con otras investigaciones en pueblo mapuche sobre salud intercultural (Rebolledo-Sanhueza et al., 2020; Pérez et al., 2016). Las diferencias entre ambos sistemas comienzan desde su paradigma, ya que mientras el sistema de salud hegemónico enfatiza el bienestar del individuo, el sistema de salud mapuche se centra en el bienestar común, lo que evidencia diferencias culturales fuertemente marcadas por la cosmovisión de cada sistema.

Para lograr una salud intercultural desde una perspectiva crítica (Walsh, 2010) en el campo de la fonoaudiología, es importante entender en profundidad estas diferencias como parte de la diversidad en la conceptualización de salud que tienen los pueblos que comparten un territorio, y reconocer que ambos se levantan como un sistema de conocimientos y creencias con una racionalidad que cobra sentido pleno solo dentro de cada cultura, por lo que es fundamental comprender cómo son ambas, cómo se producen y cómo pueden dialogar. Uno de los aspectos a considerar es lo que se denomina “aislamiento cultural”, que se ha

definido como la privación de saberes o hermetismo mapuche al mundo no mapuche, conducta que se evidenció en todas las entrevistas al momento de indagar más sobre los tratamientos. En relación a lo anterior, Carbonell (2001) menciona que los mapuche han decidido mantener sus rituales en secreto y solo machi o lonkos (jefes políticos) pueden corregir o dirigir las ceremonias rituales, de esa manera mantienen intactos sus espíritus desde hace quinientos años. Esto forma parte de características propias de la cultura y, al mismo tiempo, genera formas de protección frente a otra cultura hegemónica y dominante que pueda poner en riesgo sus prácticas médicas ancestrales, tal como ocurrido durante siglos a través del extractivismo cultural y epistémico y el proceso de epistemicidio desde Occidente (Santos, 2010).

Esto revela la importancia de que el abordaje de los trastornos fonoaudiológicos en contextos interculturales no se dé solamente a través de la capacitación de los profesionales de salud, sino que se desarrolle en un diálogo y trabajo conjunto entre las personas que realizan prácticas en ambos sistemas médicos, esto es, el/la fonoaudiólogo/a y los sanadores tradicionales, autoridades ancestrales y dirigentes mapuche; de lo contrario, se generan acciones descontextualizadas, sin participación y que suelen generar prácticas que folclorizan los derechos culturales y agrandan las brechas de diálogo entre las culturas. El inicio de este proceso ocurre con la formación de profesionales de la salud, técnicos y universitarios, la que debe ser un aspecto central en este camino, el cual no ha sido suficientemente atendido, lo que es concordante con las conclusiones de otras investigaciones en este campo (Manríquez-Hizaut et al., 2018; Alarcón et al., 2004).

En relación con la intervención, esta se relaciona al *kimün*, saber de cada *machi*, moldeado por sus respectivos *ñizol machi* (tutor). El *kimün* representa los saberes entregados por los ancestros, por lo que hay una relación familiar, en la que se incluye el *pullü* (espíritu/ manifestación individual) y el *kupal* (relación de los *pullü* de una misma rama/familia). Las intervenciones de los sanadores tradicionales mapuche, entonces, son producto del *kimün*, asociado al *pullü*, más su experiencia personal como sanador, lo que explicaría la heterogeneidad en sus intervenciones.

Los sanadores tradicionales mapuche mencionan que están a favor de un intercambio equitativo entre sistemas de salud, donde se valoricen ambos saberes y prácticas. Clara muestra de aquello son cambios que han tenido los/as machi para adecuarse a la globalización y modernización. Al respecto, Bacigalupo (2001) señala que casi todas las/os machi son tradicionales en algunos aspectos, pero que a la vez se han transformado y adaptado, ya sea

producto de procesos de interacción y diálogo genuinos, como por adaptación forzada histórica. Esto les ha permitido interactuar con el mundo moderno, a la vez de seguir siendo fieles a su cosmovisión tradicional. La apertura de cada una de las culturas hacia la otra, el reconocimiento mutuo y la voluntad de negociación es el primer paso hacia el diálogo intercultural que realmente se levante sobre una perspectiva crítica de la interculturalidad y no de una meramente relacional o funcional (Walsh, 2009). Este proceso no está carente de tensiones y conflictos y requiere que el sistema de salud hegemónico sea consciente de su posición histórica y esté dispuesto al reconocimiento, la valoración cultural y el trabajo conjunto sin jerarquías. En caso contrario, simplemente ocurrirán relaciones funcionales a las instituciones o las disciplinas, como la fonoaudiología, y estas seguirán resguardando su lugar de poder y hegemonía del conocimiento. Los territorios interculturales, como la Región de La Araucanía, requieren iniciar este proceso de salud intercultural pensándola como un proyecto social que hoy no existe (Walsh, 2012), pero que es posible y justo.

A partir de la discusión con los sanadores tradicionales, la investigación abre espacios de reflexión hacia temas que emergieron de forma indirecta o preliminar en el diálogo, tales como la relevancia de la lengua en la comprensión de la salud, la enfermedad y el bienestar. La fonoaudiología puede realizar prácticas interculturales a través del reconocimiento y protección de la lengua mapuche como un instrumento de resistencia que preserva la cultura (Fernández y Alarcón, 2020) y, con ella, el conocimiento, los sistemas de creencias y las prácticas de sanación. Este reconocimiento y protección de la lengua mapuche hace relevante su enseñanza en la infancia, un campo de acción frecuente para el/la fonoaudiólogo/a, lo que representa un desafío fundamental para la profesión. Este desafío debe considerar, por un lado, la comunicación en la lengua propia, pero además reconocer que los sistemas comunicativos también son culturales. Respecto al primer punto, McLeod et al. (2017) han diseñado un tutorial para las relaciones terapéuticas en fonoaudiología con niños multilingües, poniendo énfasis en que las diferencias culturales pueden influir negativamente en la generación de diagnósticos y su severidad, por lo que es necesario evaluar en el idioma propio del niño o niña y diseñar instrumentos pertinentes para la evaluación, que respeten las diferencias culturales. En cuanto al segundo aspecto, la cultura mapuche también presenta un sistema de comunicación propio que, por supuesto, va más allá del habla del *mapudungun*, y que contempla aspectos cosmovisionales relacionados con el tiempo, el espacio y la historia. Esto tensiona el lugar central que la fonoaudiología y las ciencias del lenguaje le han dado a la cognición como base del

sistema comunicativo. Autores como Becerra y Llanquino (2017) y Fernández y Alarcón (2020) nos entregan claves sobre estas complejidades del conocimiento y cultura mapuche, las que pueden contribuir a la fonoaudiología en la difícil tarea de evitar la patologización y medicalización en estos contextos culturales. Tanto el concepto de *kutran* como el de *kimün*, aquí discutidos, representan para la fonoaudiología con perspectiva intercultural una posibilidad de enriquecimiento epistémico y filosófico, en cuanto sistema de conocimiento. Así, estos conceptos culturales mapuche constituyen también pensamiento y conocimiento legítimo, capaz de contribuir al desarrollo de una profesión en perspectiva crítica y situada.

Si bien una investigación como esta tiene utilidad para favorecer una atención fonoaudiológica éticamente responsable que respeta las diferencias culturales, en el campo de la fonoaudiología y de los trastornos de la comunicación no se encontró documentación científica que evidencien experiencias de diálogo y prácticas de la fonoaudiología con las prácticas de sanación de la cultura mapuche. Se podría suponer que existen fonoaudiólogos/os que han visto la necesidad de este diálogo y han realizado acciones por ellos mismos, pero aún queda la deuda de generar acciones institucionales, gremiales, de investigación y de formación universitaria en este campo. Adicionalmente, de los relatos se desprende que la mayor relación en salud intercultural se da con la profesión médica, y ninguno de los entrevistados señaló haber trabajado con fonoaudiólogos en los trastornos que denominamos de la comunicación.

Es importante mencionar, además, que esta investigación se enfrentó a una dificultad permanente relacionada con el poder que tiene el método científico como base de la fonoaudiología y que se expresó en distintas etapas, en ámbitos como la racionalidad de los investigadores o en la construcción de la metodología de trabajo, lo que provocó necesarias y constantes rupturas epistemológicas en quienes desarrollamos esta investigación. Estas rupturas ayudan a tensionar la conceptualización de la fonoaudiología como “disciplina occidental” y reconocerla como un dispositivo cultural, pero, a la vez, pensarla como un proyecto posible en el ámbito de la salud intercultural, en tanto se reconozca como un sistema de conocimiento igual de válido que otros. Los sistemas sanitarios se definen como sistemas culturales, por lo que resulta imposible entenderlos sin comprender el contexto cultural del que forman parte y dentro del cual se producen (Patiño y Sandín, 2014).

Es esta mirada la que le otorga un significado importante al estudio, el cual va en pro de una línea investigativa que promueve una complementariedad entre los distintos sistemas de atención a

los trastornos de comunicación que comparten un territorio, valorando la terapéutica mapuche, e instaurándose como una opción válida y accesible en beneficio de los usuarios. Por consiguiente, se hace el llamado a realizar estudios con una línea temática similar para ayudar a comprender estos elementos vinculando la teoría con experiencias prácticas (Pérez et al., 2016).

CONCLUSIONES

En este estudio se buscó conocer como se aproxima la salud mapuche a las condiciones de salud que la fonoaudiología clasifica como trastornos de la comunicación y cómo puede la fonoaudiología dialogar con estas aproximaciones culturales mapuche para avanzar hacia la salud intercultural. Se concluye que resulta complejo contraponer los diagnósticos y tratamientos entre ambos sistemas de salud, debido a que los análisis contemplan distintos focos; el sistema médico se dirige más hacia lo fisiológico/comunicativo, mientras que el *lawentuwün* del pueblo mapuche busca el equilibrio del ser con el entorno (Díaz et al., 2004). En este sentido, resulta más adecuado proponer la complementariedad de ambos sistemas de salud en igualdad de condiciones y reconocimiento, lo que podría implicar que incluso el sistema de salud mapuche pueda considerarse como principal y la fonoaudiología como complementario. Esto requiere una apertura política y epistemológica por parte de la profesión y los profesionales. En primer lugar, política, debido a la complejidad que esto conlleva en cuanto al lugar que ocupa la profesión en el sistema de salud actual, las consideraciones económicas y las resistencias internas que puede haber por las difíciles luchas que ha dado la profesión por posicionarse en el campo médico y de intervenciones basadas en la evidencia. En segundo lugar, epistemológica, debido a las distancias actuales entre la formación mayoritaria que reciben hoy los/as fonoaudiólogos/as y los otros sistemas de conocimientos sobre salud legítimos y válidos, que realmente permita dialogar en clave de justicia epistémica. Esta apertura se puede lograr de forma gradual, a través de un trabajo conjunto que nos asegure un vínculo de salud respetuoso y que respete la autonomía de los pueblos en temas de salud, tal como lo han hecho en otros países con una historia de diálogo intercultural en salud más amplia que la nuestra (Denzin et al., 2008). Santos (2010) plantea que todos los sistemas culturales de creencias son incompletos debido a su diversidad y relatividad (no relativismo), lo que ha denominado incompletud cultural. En este sentido, es justo señalar que también la fonoaudiología es un sistema de creencias incompleto, que actúa como si sus premisas,

valores y conocimientos fueran universales, en tanto que realmente no lo son.

En la búsqueda del conocimiento, enfocado al abordaje del *kutran* en el sistema de salud mapuche, no se encontró una manera de agrupar las variadas patologías de las áreas de la fonoaudiología en categorías más específicas acordes a la perspectiva de salud mapuche, de la forma en que los hacemos en nuestra profesión. Además, desde la perspectiva de cada sanador tradicional mapuche, las intervenciones son distintas según su instrucción o tutoría con la que fueron formados; sin embargo, haciendo un análisis general en los abordajes de los entrevistados, se pudo inferir que los tratamientos se rigen por la complejidad del desequilibrio, en donde el *lawen* es dirigido a casos comunes que requieren solución inmediata, y para aquellos más específicos o de mayor severidad, el abordaje se realiza a través de rogativas. Concluimos que el sistema de categorización de los trastornos de comunicación que se realiza en fonoaudiología no es aplicable ni equivalente en el sistema de salud mapuche o *lawentuwün*, no solo por aspectos lingüísticos, sino fundamentalmente por la comprensión cultural de la salud, la que las clasifica según su origen y causa, y que se expresa posteriormente en la lengua (Caniullan y Mellico, 2017). Esta diferencia entre sistemas de salud propicia limitaciones al ser estudiadas desde una sola disciplina del área de la salud médica basada en el método científico (fonoaudiología en este caso), dado que deja afuera otros puntos de vista que ayudan a entender mejor el vínculo salud-cultura-interculturalidad.

De acuerdo con esto, se hace relevante que el/la fonoaudiólogo/a implemente medidas educativas y prácticas que le permitan realizar intervenciones comprensivas, que establezcan un diálogo intercultural bilateral y sinérgico, para favorecer resultados positivos y culturalmente adecuados, a través de la información, el desarrollo de habilidades interculturales, la humildad intercultural y la participación activa en la cultura mapuche.

Para que la fonoaudiología pueda prepararse para el desafío de realizar prácticas culturalmente adecuadas para sus usuarios, es importante aprender sobre la cultura de los pueblos indígenas con los cuales se vincule. Esto es, cultivar relaciones horizontales con ellos, lo que permitirá al fonoaudiólogo no mapuche flexibilizar en la interacción y evitar prejuicios culturales (Tomoeda y Bayles, 2002). Además, cada vez será más frecuente la presencia de fonoaudiólogos/as mapuche en los campos de desempeño profesional y en territorios interculturales, lo que permitirá que estas relaciones se desarrollen de manera más profunda y situada, y que la fonoaudiología en clave intercultural sea una realidad. Además, todos los y las profesionales de la salud deben estar

conscientes de los factores que determinan la salud de sus usuarios/as. Estos determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2008) incluyen el nivel educacional o el ingreso económico, pero también factores como los patrones de aculturación y asimilación, la dominación de un modelo de salud y el conocimiento que tengan del sistema de salud, sus condiciones y tratamientos (Moxley et al., 2004).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se puede mencionar el contar con una muestra reducida. Si bien la metodología basada en la teoría fundamentada permite obtener un grado de validez y confiabilidad en los resultados, resulta relevante mencionar que los matices contextuales y culturales propios de la cultura mapuche requieren de estudios que puedan complementar y contribuir a reducir la brecha de conocimiento en este aspecto o en otros, tales como la concepción de la relación entre tratante y tratado o la visión de la salud mapuche de alteraciones comunicativas desde otros puntos de vista, como el familiar o social, para lo cual se sugiere la incorporación de otras estructuras metodológicas, tales como el uso de estrategias etnográficas, metodologías interculturales o metodologías indígenas para la investigación (Denzin et al., 2008).

Finalmente, para ampliar y favorecer nuevos hallazgos en esta temática, se recomienda realizar a futuro estudios que logren dar cuenta del abordaje terapéutico de la salud mapuche desde la perspectiva del *lawentuwün*, utilizando sus propias estructuras de descripción, causas, diagnóstico y abordaje integral sin un enfoque de traducibilidad, para lograr una comprensión más amplia que incluya aspectos no solo biopsicosociales sino también espirituales y culturales.

REFERENCIAS

- Alarcón, A.M., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectivas de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX Región, Chile. *Rev Méd Chile*, 132, 1109-1114. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n9/art13.pdf>
- Bacigalupo, A. M. (1995). Métodos de curación tradicional mapuche. La práctica de la machi contemporánea en Chile. Enfoques en Atención Primaria. *Enfoques En Atención Primaria*, 9 (4)(4), 7-13.
- Bacigalupo, A. M. (2001). *La voz del kultrín en la modernidad: Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Barachowitz, C. (2004). Cultural competence in health care. *The ASHA Leader*, 9, 6-22.
- Becerra, R. y Llanquino, G. (2017), *Mapun kimün. Relaciones mapunche entre persona, tiempo y espacio*. Ocho Libros Editores.
- Boccaro, G. (2012). La interculturalidad como campo social. *Cuadernos Interculturales*, 10(18), 11-30. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55223841002>
- Caniullan, V., y Mellico, F. (2017). Mapuche lawentuwün. Formas de medicina Mapuche. En R. Becerra, & G. Llanquino, *Mapun kimün. Relaciones mapunche entre persona, tiempo y espacio* (págs. 41-79). Santiago de Chile: Ocho Libros Editores.
- Carbonell, B. (2001). La cultura mapuche y su estrategia para resistir estructuras de asimilación. Experiencias antropológicas en Patagonia fundamentan alternativas de cambio para superar conflictos étnicos. *Gazeta de Antropología* 17(5), 1-6. <https://doi.org/10.30827/digibug.7435>
- Carihuentro, S. (2007). *Saberes mapuche que debiera incorporar la educación formal en contexto interétnico e intercultural según sabios mapuche*. Tesis para optar al grado de Magister en Educación con mención en Currículum y Comunidad Educativa. Universidad de Chile.
- Charmaz, K. (2005). Grounded Theory in the 21st Century: Applications for Advancing Social Justice Studies. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition (3rd ed., pp. 507-555). SAGE Publications.
- Cisternas, C. (2016). *Yerberos en los tiempos de la biomedicina y la farmacología. Enfermedad, curación y subjetividad en Santiago de Chile*. Tesis para optar al grado de Licenciada en Antropología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Citarella, L., Oyarce, A. M., Vidal, A., Espinoza, B., Jelves, I., Conejeros, A. M., Marileo, A., y Alarcón, A. (2018). *Medicinas y culturas en la Araucanía* (Primera Ed). Pehuén Editores.
- Corbin, J., y Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (Fourth Ed). SAGE Publications.
- Cuyul, A. (2013). Salud intercultural y la patrimonialización de la salud Mapuche en Chile. En H. Nahuelpan, H. Huinca, P. Marimán, L. Cárcamo-Huechante, M. Mora Curriao, J. Quidel, A. Cuyul, *Ta iñ fijke xipa rakizummeluwün. Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche* (pág. 257). 257-277: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. y Tuhiwai Smith, L. (2008). *Handbook of Critical and Indigenous Methodologies*. London: SAGE.
- Díaz, A., Pérez, M. V., González, C., y Simon, J. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería*, 10(1), 9-16. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532004000100002>
- Echeverría, R., González, P., Sánchez, A., y Toro, P. (2002). Imaginario social de salud pehuenche de la comunidad de Callaqui en el Alto Bío-Bío. *Departamento de Psicología, Universidad de Concepción*. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v10n1/art02.pdf>
- Fernández, F. y Alarcón Muñoz, A.M. (2020). Prácticas y creencias de enseñanza y estimulación del lenguaje desde la Cultura Mapuche en niños y niñas rurales en la Región de La Araucanía. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(1), 27-33. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i1.1003>
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos?. *Butletí La Recerca*, Ficha 7. <https://www.ub.edu/idp/web/sites/default/files/fitxes/ficha7-cast.pdf>
- Gálvez, C. (2012). *Conociendo la cultura Mapuche*. Publicaciones Cultura.

- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. AldineTransaction.
- Grebe, M. E. (1975). Taxonomía de enfermedades Mapuches. *Nueva Era*, 2, 27–39.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Censo de Población*. Gobierno de Chile. <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/informacion-historica-censo-de-poblacion-y-vivienda>
- Jofré, D., Riquelme, L., y Sarúe, E. (2007). *Medicina mapuche: la emergencia de la farmacia Makewelawen en el contexto urbano. Una mirada desde la antropología médica*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Antropología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Lapierre, M., y Gloël, M. (2022). Intercambio de saberes y encuentros entre las prácticas médicas indígenas y españolas durante el primer siglo de Conquista española en Chile. *Fronteras De La Historia*, 27(1), 296-327. <https://doi.org/10.22380/20274688.1932>
- Manríquez-Hizaut, M., Lagos-Fernández, C., Rebolledo-Sanhueza, J. y Figueroa-Huencho, V. (2018). Salud intercultural en Chile: desarrollo histórico y desafíos actuales. *Rev. Salud Pública*, 20(6), 759-763. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625>
- Marileo, A. (2002). *Mundo Mapuche*. Meridión Comunicaciones.
- McLeod, S., Verdon, S. Baker, E., Ball, M.J., Ballard, E., Ben-David, A., Bernhardt, B.M., Bérubé, D., Blumenthal, M., Bowen, C., Brosseau-Lapré, F. Bunta, F., Crowe, K., Cruz-Ferreira, M., Davis, B., Fox-Boyer, A., Gildersleeve-Neumann, C., Grech, H., Goldstein, B.,...The International Expert Panel on Multilingual Children's Speech. (2017). Tutorial: Speech Assessment for Multilingual Children Who Do Not Speak the Same Language(s) as the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 691–708. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-15-0161
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. (págs. 451-464). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/elektivitas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, E. (2017). Interculturalidad en salud: dudas, limitaciones y repliegues. En F.M. Gil García y P. Vicente, *Medicinas y cuerpos en América Latina*, pp. 53-98. Quito: Ediciones Abya Yala.
- Moxley, A., Mahendra, N. y Vega-Barachowitz, C. (2004). Cultural competence in health care. *The ASHA Leader*, 9, 6–22.
- Municipalidad de Padre Las Casas. (2009). *Manual de Protocolo para no Mapuche*. http://www.padrelascasas.cl/TRANSPARENCIA_MUNICIPAL/MANUAL_MAPUCHE/MAPUCHE.pdf
- Olivos, C. G. (2004). Plantas psicoactivas de eficacia simbólica: Indagaciones en la herbolaria Mapuche. *Chungará (Arica)*, 36, 997–1014. <https://doi.org/10.4067/s0717-73562004000400036>
- Organización Internacional del Trabajo. (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--americas/--ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Overton, J. (2013). Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples. In *Development in Practice* (Vol. 23, Issue 4, pp. 598–599). Martin's Press. <https://doi.org/10.1080/09614524.2013.790946>
- Patiño, A. E. y Sandín, M. (2014). Diálogo y respeto: Bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*, 10(3), 379–396. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.400>
- Pérez, C., Nazar, G. y Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 39(2), 122–127. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/122-127/es/>
- Quidel, J. (2020). *La noción mapuche de che (persona)*. Tesis doctoral: Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Estadual de Campinas. https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_044053e81188b63be906d6ef6441124
- Rebolledo-Sanhueza, J., Manríquez-Hizaut, M., Lagos-Fernández, C., Figueroa-Huencho, V. y Gómez, J.M. (2020). Ethnicity and Health: Experience with an urban mapuche health program from the perspective of key actors. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 7, 355-364. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00664-y>
- Resolución 548 Exenta. Aprueba Listado de Medicamentos Herbarios Tradicionales. 27 de Julio de 2009 (Chile). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1005970&idParte=0>
- Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Sbaraini, A., Carter, S. M., Evans, R. W. & Blinkhorn, A. (2011). How to do a grounded theory study: a worked example of a study of dental practices. *BMC Medical Research Methodology*, 11(128), 2-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-128>
- Silva, T. J. (2011). Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2023–2024. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000300036>
- Tomoeda, C. K. & Bayles, K. A. (2002). Cultivating Cultural Competence in the Workplace, Classroom, and Clinic. *The ASHA Leader*, 7(6), 4–17. <https://doi.org/10.1044/leader.ftr1.07062002.4>
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Seminario Interculturalidad y Educación Intercultural*, La Paz, 9-11 de marzo de 2009. https://www.uchile.cl/documentos/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural_150569_4_4559.pdf
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh, *Construyendo interculturalidad crítica* (págs. 75-96). La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- Walsh, C. (2012). Interculturalidad y de(colonialidad): Perspectivas críticas y políticas. *Visão Global, Joaçaba*, 15(1-2), 61-74. <https://files.core.ac.uk/pdf/12703/235126963.pdf>

