

Investigación

Medwave 2013;13(6):e5742 doi: 10.5867/medwave.2013.06.5742

Cumplimiento de tratamientos farmacológicos: una aproximación cualitativa a la realidad pehuenche

Pharmacological treatment compliance: A qualitative approach to the Pehuenche reality

Autores: Patricio Oliva⁽¹⁾, Carmen Gloria Narváez⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Dirección de Investigación, Facultad de Odontología, Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile

E-mail: patriciooliva@udd.cl

Citación: Oliva P, Narváez CG. Pharmacological treatment compliance: A qualitative approach to the Pehuenche reality . *Medwave* 2013;13(6):e5742 doi: 10.5867/medwave.2013.06.5742

Fecha de envío: 5/5/2013

Fecha de aceptación: 15/7/2013

Fecha de publicación: 23/7/2013

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores, a doble ciego

Palabras clave: ethnic medicine, pharmacological treatment, compliance

Resumen

Antecedentes: las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema creciente en distintos grupos socioeconómicos y etarios. Dentro de las enfermedades crónicas la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias son las que presentan mayor dificultad para el control por parte del personal médico. Los principales problemas se concentran en el cumplimiento farmacológico por parte de la población mapuche y pehuenche. **Metodología:** se aplicó una investigación cualitativa, etnometodológica que estableció las bases teórico-metodológicas sobre las problemáticas relacionadas al concepto de enfermedad y cumplimiento farmacológico. La información se recolectó mediante entrevistas en población pehuenche. Se concluyó el proceso de reclutamiento mediante el punto de saturación de la información. Se efectuó análisis de contenido de tipo semántico estructural. **Resultados:** la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias, así como las enfermedades crónicas, no poseen un precedente cultural e histórico. Éstas se oponen al sistema religioso y compiten con sus instituciones. Por esta razón el tratamiento farmacológico no resulta efectivo, debido al escenario sociocultural particular. **Conclusión:** las diferencias conceptuales entre la medicina alopática y la cultural pehuenche redundan en problemas de cumplimiento, en especial debido a sus conceptualizaciones de las enfermedades crónicas.

Abstract

Background: Chronic noncommunicable diseases are a growing problem in different socioeconomic groups and age ranges. Among chronic diseases, high blood pressure, diabetes and dyslipidemia, pose a greater monitoring challenge for medical staff, mainly treatment compliance in the Mapuche and Pehuenche people. **Methodology:** Qualitative, ethnomethodological investigation that provides the theoretical and methodological framework on issues related to the concept of disease and treatment compliance. Information was collected through interviews. The recruitment process was stopped when the saturation point of information was reached. At that point, structural semantic content analysis was performed. **Results:** Conditions such as high blood pressure, diabetes, dyslipidemia and other chronic diseases are not culturally and historically defined, contradict religious the system and compete with longstanding institutions. Consequently, drug treatment is not effective in this particular socio-cultural setting. **Conclusion:** The conceptual differences between allopathic and Pehuenche medicine result in compliance issues, particularly because of their conceptualizations of chronic diseases.

Introducción

Las enfermedades crónicas se han constituido en un problema constante y creciente para la salud pública. Éstas no guardan relación entre los grupos socioeconómicos, culturales o etarios. En los últimos años se ha generado en Chile un incremento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles¹, particularmente las dislipidemias, obesidad, diabetes e hipertensión arterial². También han aumentado las enfermedades respiratorias crónicas y cirrosis hepática³, representando el 9,4% de las consultas realizadas en el nivel primario de atención de salud². Ello implica dos tercios de la mortalidad de la población adulta⁴, cifras muy similares a la del resto de los países desarrollados⁵. Es por esto que el cumplimiento de los tratamientos médicos, particularmente el farmacológico, resulta gravitante y es la principal problemática sanitaria⁶ a resolver dentro de los equipos médicos, comprendiendo que la conducta adherente se define como aquella que se establece al ingerir más del 80% de los medicamentos prescritos⁷.

A nivel nacional, las enfermedades crónicas se acentúan en la población indígena, específicamente en mapuches y pehuenches. Ello se explica al identificar una superposición de tratamientos médicos (tradicional-indígena y médico-alopático) lo que se expresa como uno de los factores fundamentales al momento de evaluar el cumplimiento⁸, particularmente en tres patologías con altas prevalencias:

1. Hipertensión arterial con 20,4% en hombres y 18,8% en mujeres en población mapuche⁹.
2. Diabetes con una prevalencia cercana a 9,4%¹⁰, a pesar de una posible influencia genética protectora sobre la diabetes¹¹. Sin embargo, al occidentalizar sus costumbres se eleva la incidencia¹² en esta población.
3. Dislipidemias expresada en el HDL (13,9% de los hombres mapuches y 14,1% de las mujeres) y colesterol LDL alterado (25,2% y 33,8% en hombres y de 37,3% y 40% en mujeres)¹³ en población indígena.

Dentro del contexto étnico, las enfermedades se enmarcan dentro de lo sociocultural, religioso, y en el aprendizaje individual y social en el cual participa toda la comunidad¹⁴. La utilización de tratamientos farmacológicos genera una ruptura con el sistema cultural, generando resistencia para quienes poseen una mirada holística de la enfermedad¹⁵ diferente a lo alopático. La identidad cultural vincula a los individuos, su familia y a su comunidad estableciendo un tipo particular de percepción e interpretación del proceso de salud/enfermedad y la sintomatología de la patología¹⁶. Aquí, las enfermedades se clasifican como *re kutrán* o enfermedades naturales; *wenu kutrán*, las enfermedades sobrenaturales y *weda kutrán*, la enfermedad ocasionada por maleficios¹⁶.

A pesar de la contraposición conceptual, una parte de los mapuches-pehuenches optan por acudir a los centros de salud ambulatoria considerando que son más rápidos en el diagnóstico y resultados⁸. Sin embargo, también recurren

sistemáticamente a sanadores propios de la cultura pehuenche⁸ para una comprensión cultural del estado de salud¹⁴ y, sobre todo, para percibirse como integrado a la comunidad.

El propósito de esta investigación cualitativa es sistematizar las conceptualizaciones sobre salud en general y cómo ésta se desconstruye en términos específicos relacionados con la actitud de los pehuenches frente a los tratamientos de la medicina alopática. También se busca identificar los factores que determinan el cumplimiento de tratamientos farmacológicos, especialmente para la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. La investigación responde a la pregunta ¿cuáles son los factores socioculturales involucrados en el cumplimiento de tratamiento farmacológico en la hipertensión, diabetes y dislipidemias en la población pehuenche? Se opta por la investigación cualitativa, dado que se investiga las construcciones efectuadas por los entrevistados en torno a la comprensión que poseen de salud y cómo esto se relaciona con la historia cultural de su comunidad.

Sujetos y métodos

Se utiliza metodología cualitativa de carácter etnometodológica. La etnometodología es una perspectiva teórica de la sociología, basada en metodología cualitativa sobre el supuesto que los individuos se adecúan a normas racionales en la práctica cotidiana. En otros términos, se trata de una perspectiva que estudia los métodos que los sujetos utilizan en su vida diaria para ejecutar diversas acciones. Como investigación se centra en la interpretación de la realidad social construida por los entrevistados, expresada por medio del discurso¹⁷ sobre conceptos sanitarios pehuenches asociados al comportamiento cotidiano¹⁸. En particular, se centra en lo referido al cumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias.

Para la presente investigación, el universo lo componen pacientes pehuenches de la provincia de Biobío, octava región de Chile, con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias en sus respectivos centros de salud, pero que no concurren a controles clínicos durante los últimos 6 meses.

Los criterios de selección de entrevistados para la investigación fueron pehuenches:

- Adultos (mayores de 18 años).
- Atendidos a lo menos una vez en centros de salud familiar de las comunas de la provincia de Biobío, octava región de Chile: Santa Bárbara, Alto Biobío y Quilaco.
- Padecen hipertensión arterial, diabetes o dislipidemia diagnosticada.
- Con prescripción de tratamiento farmacológico al cual no adhieren.

El reclutamiento se efectuó mediante la utilización de informantes claves. Se estableció un tipo de muestreo caso tipo con sujetos con un discurso promedio y roles tradicionales. Se evitaron las excepciones.

La población se seleccionó mediante punto de saturación de la información, es decir se concluye la investigación cuando se reitera la información conceptual presente en los discursos de los entrevistados. Se entrevistó a 25 individuos, 11 hombres y 14 mujeres, con un promedio de 53 años de edad; 12 de ellos presentaron hipertensión y 6 diabetes. Luego de la consulta médica se les indicó enalapril y losartan para la hipertensión arterial y metformina para la diabetes. Cabe señalar que la población estudiada, una vez que adquirió los fármacos, no tuvo una adherencia adecuada al tratamiento indicado.

La recolección de la información se efectuó por medio de entrevistas en profundidad, de tipo semiestructurado, estableciéndose como el instrumento de recolección de la información adecuada dada la flexibilidad metodológica que requiere una investigación cualitativa de este tipo (véase Figura 1). Las entrevistas se realizaron en las residencias de los entrevistados. Éstas fueron ejecutadas por el investigador principal, además de un facilitador quien localizó al entrevistado.

El reclutamiento se produjo en la primera fase por información proveniente de los facilitadores interculturales. En la etapa posterior se aplicó la técnica de bola de nieve, es decir el entrevistado entregó información sobre otros posibles candidatos para ser entrevistados de acuerdo a los criterios de selección planteados. La participación fue de carácter voluntario.

La entrevista se articuló a partir de una pauta proveniente de un cuadro lógico. Se valida por medio de la consulta a expertos (3 investigadores cualitativos) y las diferencias se dirimen por medio de consenso. Posteriormente se efectúa un pilotaje con algunos entrevistados con el objeto de evaluar la pertinencia y contextualidad de las preguntas (real comprensión y explicación socio-contextual de las respuestas). Se corrigen todos los elementos no conducentes a la generación de discurso o que se alejen del objeto de estudio. Se utilizó grabadoras para los registros de audio, los que se transcribieron y analizaron.

El análisis de contenido de la información se fundamentó en la interpretación del lenguaje¹⁹. En especial se utilizó el análisis semántico estructural, basado en la generación de categorías a partir del discurso de los entrevistados, concentrándose en los conceptos que responden al problema y omitiendo aquello que no tiene directa relación con él²⁰. El análisis semántico estructural implica:

- La identificación de códigos: conceptos principales del discurso.
- Elaboración de totalidades: conceptos que resultan de los códigos.
- Generación de protocolos analíticos: redacción de las totalidades de acuerdo a un orden lógico.
- Generación de cruces axiales: intersección de códigos para explicar realidades particulares.

Durante el proceso, el control de sesgos de las percepciones de los investigadores se controló a través de dos mecanismos:

- Confiabilidad interna: utilización de tres investigadores en el análisis de resultados.
- Triangulación de los resultados: análisis comparativo de los conceptos resultantes.

Los aspectos éticos de la investigación implicaron la firma de un consentimiento informado que explica el procedimiento de los estudios. Esto, de acuerdo con las recomendaciones y aprobación de la Dirección de Investigación, el Comité Científico y del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo. Todos los procedimientos metodológicos y clínicos realizados fueron ejecutados de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki 2005.

Resultados

El concepto de enfermedad no sólo se define desde un componente biomédico, sino que además incorpora constructos culturales que derivan en conductas cotidianas que se relacionan con el tratamiento y con la cura de la misma. Por esta razón, las enfermedades crónicas que poseen un carácter asintomático, resultan complejas de definir desde el punto de vista cultural y étnico específicamente, dado que en ellas confluye un sistema de creencias distintas a las operacionalizadas en la medicina alopática. En este sistema de creencias descansan clasificaciones religioso-políticas sobre las patologías que son difíciles de separar. La disonancia se expresa fundamentalmente en el problema del cumplimiento, en particular en sus componentes farmacológicos y dietoterapéuticos.

En los aspectos específicos derivados del análisis del discurso, se puede identificar que:

Las enfermedades poseen un origen sociocultural dentro del contexto étnico.

Las enfermedades pehuenches se generan principalmente por la ruptura de la armonía individual o social, particularmente por males o envidia. *"Los males son por envidia, que si no se está bien la persona pasa a enfermedad"* (entrevistado N° 6). No se concibe como una patología individual, sino que incorpora a la comunidad cercana del sujeto enfermo, *"hay que hacer las cosas que la machi decía, el enfermo y su familia, para que se sane"* (entrevistado N° 5). En relación al diagnóstico se procede mediante un proceso mágico-religioso, *"el sueño o los humores [ver el humor es un método bastante exacto de diagnóstico en la cultura pehuenche y se indica que cuando un paciente no tiene cura, en la orina se ve claramente una urna²⁸] es lo que ve la hierbatera para saber qué enfermedad se tiene"* (entrevistado N° 9), de los cuales se genera el tratamiento.

La identificación de enfermedades que los pehuenches denominan "nuevas" no implica un reconocimiento tácito

de las crónicas. *"Empiezan a llegar enfermedades desconocidas para nosotros, la machi no podía hacerle frente a lo desconocido"* (entrevistado N° 12).

Las enfermedades crónicas se sitúan dentro de las enfermedades introducidas por la cultura occidental, debido al contacto o incorporación de las costumbres. *"Fue cuando empezaron a bajar a los colegios y a las represas a llegar acá que nos enfermamos"* (entrevistado N° 11), orientándose de forma ambigua a síntomas como *"presión alta o baja, congelación de la sangre o problemas al corazón"* (entrevistado N° 14). No se establecen con claridad dentro de alguna clasificación que tenga un tratamiento dentro del sistema médico pehuenche y su comprensión se complica debido a su carácter asintomático. *"Nos dicen cosas que no hemos vivido nunca, ni la sentimos y creen que estamos enfermos"* (entrevistado N° 14). *"No se siente y nos prohíben cosas que hemos comido desde siempre"* (entrevistado N° 5).

El cumplimiento se relaciona a la interacción con la medicina alopática, lo que conduce a una separación entre los tratamientos de ambas medicinas.

"La hierbatera ve las enfermedades, cuando se pone mal la cosa, la persona va al centro de salud familiar" (entrevistado N° 9). El tratamiento tradicional queda sujeto a la figura de la machi o de la hierbatera, quienes establecen el procedimiento y ritual. Cabe destacar que un elemento importante de la pérdida del rol de la machi o hierbatera radica en que no se transmite, sino que se adquiere por medio de visiones y sueños, por ello no se puede educar ni socializar. El no reconocimiento de las enfermedades crónicas implica la omisión del diagnóstico.

El tratamiento farmacológico depende de la generación de la rutina, dentro del contexto étnico es cumplido por pocos días.

"Uno se toma las pastillas un día nomás y después las bota" (entrevistado N° 14).

La generación de las rutinas se dificulta porque no perciben variaciones en enfermedades crónicas. *"No se siente nada, cómo vamos a tomar pastillas"* (entrevistado N° 11). También porque pierden el régimen horario. *"Se está en el trabajo, uno no se acuerda de eso"* (entrevistado N° 11).

El cumplimiento se relaciona con la comprensión del diagnóstico.

"Nos dicen, pero cuesta que se den a entender y a veces no entendemos nada" (entrevistado N° 7). Por esta causa se generan protocolos especiales para explicar las patologías y tratamientos de forma integrada, no obstante en las enfermedades crónicas persiste un divorcio conceptual. *"Las pastillas que me dan para la hipertensión ahí están, mejor son las agüitas"* (entrevistado N° 14).

La concepción de una patología no se encuentra establecida dentro de categorías de enfermedades occidentales, *"sino que son una fuerza maligna que otro lanzan a uno que se halla débil de espíritu"* (entrevistado N° 4), por lo que toda la construcción se posiciona dentro de un contexto religioso más que sanitario. Un ejemplo de lo anterior radica en que esto está circunscrito a las enfermedades de origen natural. Para el caso de una enfermedad como el *kalku* (daño producido por envidia) el tratamiento es similar pero se incorpora un nuevo elemento de sanación y prevención, la *"contra"*, una suerte de amuleto que la machi fabrica con hierbas para este fin²⁸.

Discusión

En la actualidad el pueblo pehuenche se encuentra ante nuevas condiciones socioculturales, percibiendo modificaciones radicales en sus costumbres de salud y sistema curativo tradicional. Sus prácticas culturales sanitarias están siendo sustituidas por el estilo de vida occidental, adecuando sus prácticas a las características y condiciones del servicio de salud del Estado.

El contexto sociocultural genera tensiones en tratamientos médicos específicos, especialmente en enfermedades asintomáticas. En este aspecto, la hipertensión arterial, de alta prevalencia y baja adherencia terapéutica, es uno de los problemas principales²¹.

Se evidencia un elemento cultural profundo dentro de la cosmovisión pehuenche que abre una brecha con la complementariedad de los sistemas médicos. Los medicamentos del sistema sanitario alopático no evalúan las causas de las enfermedades, sino que solamente de los síntomas¹⁴ producidos por éstas. Ello se debe a que para los pehuenches las causas de enfermedad se encuentran en un plano no solamente físico, sino que espiritual y religioso, poseyendo su propio concepto de salud²² el que da paso a una construcción social de la enfermedad mágico-religiosa²². Esto afecta particularmente la aceptación de los tratamientos médicos occidentales. De hecho, se encuentran tres alternativas de consulta:

- a.** Patrón de consulta simultáneo: el enfermo acude al sistema médico tradicional y alopático simultáneamente¹⁶, lo que se observa en las enfermedades infecciosas y traumas.
- b.** Consulta secuencial: el enfermo acude a la medicina alopática primero y a la tradicional después¹⁶. Esto se expresa en los entrevistados con la visita al centro de salud familiar para conseguir medicamentos y luego a la hierbatera para obtener un tratamiento integral.
- c.** Patrón de consulta exclusiva: el enfermo se remite al sistema médico tradicional solamente¹⁶, producto de una desconfianza hacia la cultura occidental en general y a la medicina alopática en particular.

Los problemas sobre tratamiento de enfermedades crónicas no se detienen con la hipertensión arterial, sino que se presenta un fenómeno similar con la diabetes y otras patologías²³. La complejidad del cumplimiento es el

mismo y radica en el no reconocimiento de dicha enfermedad. El concepto de la salud - evento implica que lo "malo" es la causa y no el proceso de enfermar²⁴.

Existen experiencias de integración de los saberes sanitarios occidentales y étnicos que se basan en:

- El fortalecimiento local.
- La consideración de las distintas concepciones de salud/enfermedad.
- El apoyo y la complementación de la medicina.
- El fortalecimiento de la identidad mapuche²⁵, redundando en la generación de centros médicos integrados que son utilizados principalmente por mapuches-pehuenches y personas de bajo nivel socioeconómico²⁶. Sin embargo, la integración en general ha consistido en ofrecerles insertarse en el modelo de cultura occidental dominante, con la consiguiente pérdida de su propia cultura. Esta alternativa no genera buenos resultados²⁷.

Las construcciones sociales en torno a los tratamientos farmacológicos se oponen a la cosmovisión de la salud-enfermedad pehuenche. Éstas contradicen la estructura y funciones de sus instituciones ancestrales, sobre todo al intentar establecer un control en una enfermedad asintomática. Elementos de desconfianza que trascienden a lo sanitario, generan un panorama complejo superable sólo a través de una socialización intercultural adecuada.

Esta investigación posee la ventaja de capturar información proveniente desde las construcciones cotidianas de los sujetos investigados. Los conceptos organizados entregan una visión dinámica de la problemática estudiada. Por otra parte, tiene la limitación de no poder extrapolar los resultados a dimensiones mayores pues se sitúa solamente en el contexto estudiado, aunque se aborda con profundidad. Con la presente investigación se articulan las bases comprensivas para la generación de protocolos metodológicos que permitan recolectar la información, de tal forma que se facilite la extrapolación de los datos a contextos similares.

Notas

Anexos

Anexo 1- Pauta de entrevista enfermedades crónicas

Declaración de conflictos de interés

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Aspectos éticos

El estudio fue autorizado por el Comité de Bioética de la facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo. El informe puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Referencias

1. Albala C, Vio F, Yáñez M. Transición epidemiológica en América Latina 1997, comparación de cuatro países. *Rev Med Chil.* 1997 Jun;125(6):719-27. | [PubMed](#) |
2. Normas técnicas hipertensión arterial. Ministerio de Salud. Santiago: 1995.
3. Concha M, Aguilera X, Guerrero A, González C, Salas J. Situación de salud en Chile. Chile: Ministerio de Salud, 1996.
4. Berríos X. Tendencia temporal de los factores de riesgo de enfermedades crónicas. ¿La antesala silenciosa de una epidemia que viene? *Rev Med Chil.* 1997 Nov;125(11):1405-7. | [PubMed](#) |
5. Banegas JR, Rodríguez F. El problema de la hipertensión arterial en España. *Rev Clin Esp.* 2002 Jan;202(1):12-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension.* 1995 Mar;25(3):305-13. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet.* 1975 May 31;1(7918):1205-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Servicio de Salud Biobío. Diagnóstico de la situación en salud de las comunidades pehuenches de Callaqui y Cauñicu. "Apoyo al Diseño de Experiencias Piloto en Modelo de Salud Intercultural en las Comunidades Pehuenche de la Comuna de Alto Biobío, Octava Región, 2005.
9. Pérez F, Carrasco E, Santos JL, Calvillán M, Albala C. Prevalencia de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia en grupos aborígenes rurales de Chile. *Rev Med Chil.* 1999 Oct;127(10):1169-75. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Santiago, Chile: MINSAL, 2010.
11. Larenas G, Arias G, Espinoza O, Charles M, Landaeta O, Villanueva S, et al. Prevalencia de diabetes mellitus en una comunidad mapuche de la IX región, Chile. *Rev Med Chil.* 1985 Nov;113(11):1121-5. | [PubMed](#) |
12. O'Dea K. Diabetes in Australian aborigines: impact of the western diet and life style. *J Intern Med.* 1992 Aug;232(2):103-17. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Pérez F, Carrasco E, Santos JL, Calvillán M, Albala C. Prevalencia de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia en grupos aborígenes rurales de Chile. *Rev Med Chil.* 1999 Oct;127(10):1169-75. | [PubMed](#) |
14. Lesser C. La medicina mapuche: cosmovisión e identidad, pérdida y recuperación. ISP Collection, 2006. | [Link](#) |

- 15.del Valle C, Cofré E. Comunicar a saúde em contexto: crítica e práxis educacional. TEMPUS Actas de Saúde Coletiva. Jan-Mar 2009;3(1):38-48. | [Link](#) |
- 16.Citarella L. Medicinas y Culturas en la Araucanía. Santiago: Sudamericana, 2000: 129-493.
- 17.Schutz A. El problema de la realidad social. Argentina: Amorrortu, 1995:195.
- 18.Oliva P, Buhning K, Godoy S, Bustos M. Percepción de la función profesional del nutricionista por parte de los usuarios de atención primaria. Rev Chil Nutr. Jun 2010;37(2):165-68. | [CrossRef](#) |
- 19.Gil Nebot MA, Estrada Ballesteros C, Pires Alcalde ML, Aguirre Martín-Gil R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Publica. 2002 Sep-Oct;76(5):451-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 20.Plan Comunal de Salud. Ilustre Municipalidad De Alto Bio, 2006.
- 21.Meichenbaum D, Turk D. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao, España: Desclee de Brouwer, 1991.
- 22.Díaz A, Pérez M^a, Gonzalez C. Concepts of sickness and healing in the mapuche cosmology and the impact of occidental culture. Cienc Enferm. 2004;10(1):9. | [CrossRef](#) |
- 23.de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Chile: MINSAL, 2010.
- 24.Solar A, Miguel S. Medicina hipocrática y medicina tradicional mapuche. Cuad Méd Soc (Chile). 2005;45:144-149. | [Link](#) |
- 25.Álvarez A. Práctica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional mapuche. Anal Antropol. 2007;41(1):52. | [Link](#) |
- 26.Yáñez E. Medicina mapuche en el sistema de salud público y en el contexto de la medicina convencional. Cuad Méd Soc (Chile). 2005;46(2):104-105. | [Link](#) |
- 27.Errázuriz G. El pueblo mapuche: historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud. Rev Chilena Pediatr. 2006;77(4):399. | [CrossRef](#) |
- 28.Programa Orígenes. Plan Comunitario de Desarrollo. Comunidad de Cauñicu, 2003:14.

Figuras

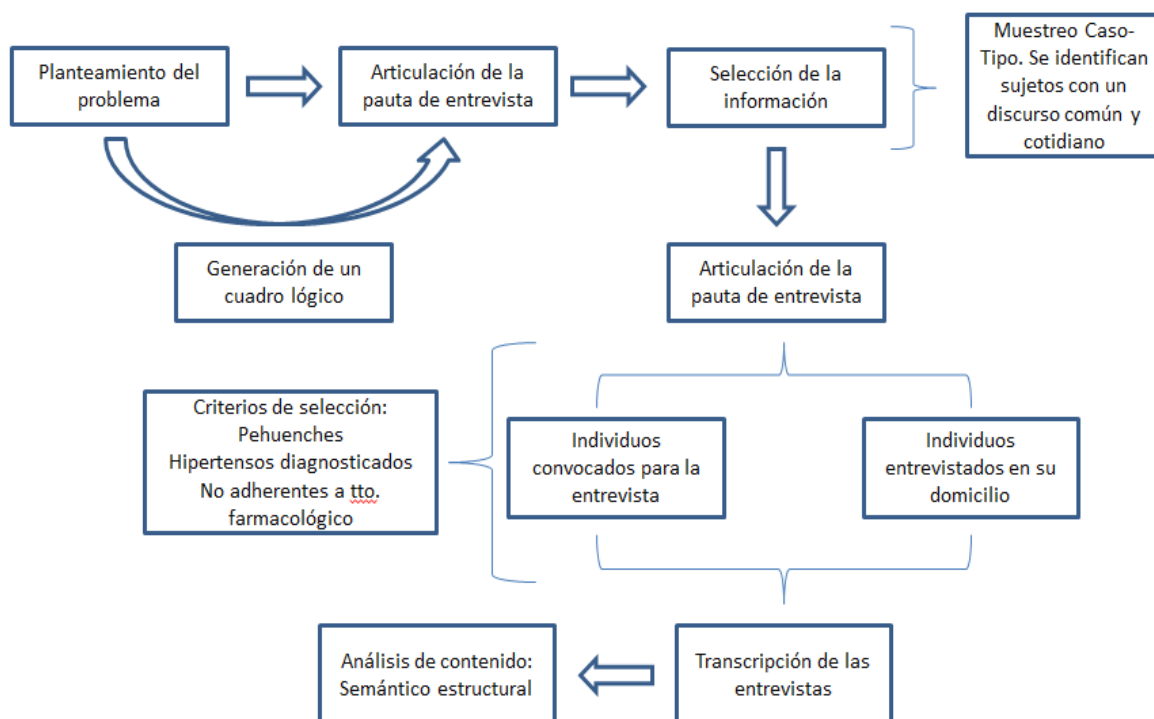


Figura 1. Maniobra de la investigación.

Correspondencia a:
Barros Arana 1735
Concepción
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.