

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL

ABORDAJE DEL BEBER PROBLEMA

EN POBLACIÓN MAPUCHE

**SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE CHILE**





La evidencia epidemiológica, aunque incompleta y contradictoria, muestra un impacto diferenciado del consumo de alcohol en la población mapuche respecto de la población general de Chile, junto con entregar datos de sus efectos mórbidos y co-mórbidos sobre el cuerpo biológico y social de este pueblo; se trata de una condición de vulnerabilidad acumulada vinculada al trauma socio histórico frente al riesgo de enfermar o morir como resultado directo o indirecto del consumo de alcohol.

Las reflexiones, recomendaciones e indicaciones contenidas en estas orientaciones son el resultado de un largo trabajo que resume 3 talleres de diálogo complementario entre la salud oficial y la salud mapuche realizados entre los años 2018 y 2025 en la ciudad de Temuco - Chile, en un abordaje colectivo cuidando la fidelidad a perspectivas y propuestas consensuadas, construidas por todos los participantes.

Otro pilar en el que se inscriben las orientaciones es el decidido compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos, sociales y culturales individuales y colectivos de los pueblos indígenas.



Producción Editorial

- Programa de Salud Mapuche, Servicio Salud Araucanía Sur - Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

Equipo de Trabajo Programa de Salud con Población Mapuche

- Rodolfo Nome, *Jefe Unidad*
- Marcela Pizarro, *Referente Técnica*

Coordinación y edición general

- Ana María Oyarce Pisani, *Antropóloga Salubrista*
- Carlos Madariaga Araya, *Médico Psiquiatra*

Agradecimientos a

- Red de Facilitadores Interculturales Servicio de Salud Araucanía Sur
- Red de Equipos de Salud Mental Servicio de Salud Araucanía Sur



ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL

ABORDAJE DEL BEBER PROBLEMA

EN POBLACION MAPUCHE

**SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE CHILE**



ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL ABORDAJE DEL BEBER PROBLEMA
EN POBLACION MAPUCHE.

Estudio (texto impreso)

1ª edición. Chile – Servicio de Salud Araucanía Sur

68 pp. 17 x 24 cm.

Índice

© Servicio Salud Araucanía Sur - Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

Producción editorial:

Programa de Salud Mapuche

Servicio Salud Araucanía Sur - Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

Equipo de trabajo PROMAP SSAS:

Rodolfo Nome

Marcela Pizarro

Vilma Jineo

Virginia Chanqueo

Coordinación y edición general

Ana María Oyarce Pisani, *Antropóloga Salubrista*

Carlos Madariaga Araya, *Médico Psiquiatra*

Agradecimientos a

Red de Facilitadores Interculturales Servicio de Salud Araucanía Sur

Red de Equipos de Salud Mental Servicio de Salud Araucanía Sur

Diseño gráfico y diagramación:

Visualarte - Centro de Producción Audiovisual

contacto@visualarte.cl

Diseño fondo portada: Freepik

Fuente de fotografías pp. 12, 20, 48 y 54: Biblioteca Nacional de Chile. Del libro

Mapuche. fotografías siglos XIX y XX : construcción y montaje de un imaginario / Margarita Alvarado P., Pedro Mege R., Christian Báez A. editores. Santiago de Chile : Pehuén Editores, 2001. Santiago - Chile.

Se autoriza la reproducción total o parcial de estos contenidos con permiso de los autores

Impresión: Gráfica LOM - Santiago, Chile

IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

1ª edición de 200 ejemplares - diciembre 2025

Presentación	7
1. Introducción	9
2. Consumo de alcohol y situación en la Araucanía	13
3. Marco Conceptual	15
3.1. Cómo nos aproximamos al problema del consumo de alcohol y la enfermedad adictiva	15
3.2. La dominancia de la perspectiva biomédica y su materialización como política pública	16
4. Conducta en contexto: generalidades	21
4.1. Trauma Sociohistórico e introducción del alcohol	21
4.2. Aproximación antropológica al modo de beber entre los <i>mapuche</i>	23
4.3. El estereotipo del <i>mapuche</i> como alcohólico: elementos para una deconstrucción	25
4.4. Conducta normal y anormal: las complejidades de un continuum	27
4.5. Abordaje con pertinencia intercultural en salud mental y beber problema	31
5. Los Estudios de Casos: un intento de aproximación dialógica e intercultural	33
5.1. Determinaciones Sociales y dimensiones del contexto sociocultural: Caso 1	36
5.2. Determinaciones Sociales y dimensiones del contexto sociocultural: Caso 2	39
5.3. Determinaciones Sociales y dimensiones del contexto sociocultural: Caso 3	40

6. Abordajes integral intercultural y holístico: lo relacional como aspecto clave	45
7. Estrategias terapéuticas y de sanación para el consumo problemático y adictivo del alcohol en las comunidades <i>mapuche</i>	49
7.1. Consideraciones generales	49
7.2. Estrategias y metodologías posibles para el trabajo terapéutico y la sanación	50
7.3. Más allá del enfoque individual y clínico: prevención, gestión y gobernanza del alcoholismo desde la interculturalidad	52
8. A modo de síntesis: orientaciones generales para el manejo del beber problema en personas y comunidades <i>mapuche</i>	55
Bibliografía	58
Glosario	60
ANEXOS. Participantes del Curso - Taller BEBER PROBLEMA. Servicio de Salud Araucanía Sur – 2018, 2023, 2025.	62

PRESENTACIÓN

Durante 32 años, el Programa de Salud Mapuche de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur ha impulsado iniciativas destinadas a asegurar la pertinencia cultural en las prestaciones sanitarias del territorio. Hoy, en el contexto del Decreto 21 —que mandata a los establecimientos de salud la elaboración de modelos de pertinencia cultural— este esfuerzo adquiere un sentido renovado. Nuestra tarea como PROMAP ha sido avanzar hacia un sistema que reconozca que las prácticas de salud no son neutrales, sino que operan en territorios marcados por historias de dominación, desigualdad y resistencia.

En los últimos años hemos puesto especial atención en la salud mental, reconociendo que el beber problema es una expresión del sufrimiento social que afecta al pueblo mapuche, profundamente vinculado al trauma sociohistórico, la pérdida territorial y las transformaciones impuestas por la colonización. Tal como plantea este conjunto de orientaciones técnicas, comprender el beber problemático exige trascender enfoques exclusivamente biomédicos y situarlo en un entramado de determinaciones sociales, políticas y culturales que condicionan la vida de las comunidades

Desde 2018, junto al Dr. Carlos Madariaga y la Dra. Ana María Oyarce, hemos desarrollado procesos formativos y análisis de casos que integran epistemologías mapuche —*rakiduam*, *nutramkan*, *küme mongen*, *itrofilmongen*— con herramientas de la salud colectiva latinoamericana. Esto ha permitido dotar a los equipos de salud de marcos conceptuales comprensivos y métodos para abordar el beber problema desde una perspectiva intercultural crítica, donde los facilitadores culturales ocupan un rol central en la construcción de respuestas pertinentes.

Estas orientaciones técnicas sintetizan parte de ese camino: un trabajo dialógico que reconoce que la adicción no es sólo un trastorno individual, sino una experiencia situada, inseparable de los vínculos, los territorios y las memorias de un pueblo. Avanzar hacia modelos de

salud con pertinencia cultural implica asumir ese desafío y continuar construyendo, colectivamente, nuevas formas de sanar y acompañar.

A los equipos de salud mental de nuestra red, les invitamos a asumir este desafío con convicción y mirada crítica. El abordaje del beber problema en población *mapuche* requiere más que aplicar protocolos: exige comprender la experiencia del sufrimiento en su trama histórica, dialogar desde la horizontalidad con nuestros asesores culturales, reconocer los límites del modelo biomédico y abrir espacios para prácticas relacionales, territoriales y culturalmente situadas. Su rol es clave para transformar la atención en salud mental en una práctica realmente intercultural, capaz de escuchar, acompañar y reparar junto a las comunidades, sosteniendo una ética de respeto, reciprocidad y responsabilidad compartida.

Equipo Programa de Salud Mapuche
Dirección del Servicio Salud Araucanía Sur

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento responde al interés del Servicio de Salud Araucanía Sur por profundizar en uno de los problemas de salud pública del área de cobertura de ese territorio: el consumo problemático de alcohol y la dependencia, fenómeno que adquiere una alta complejidad si lo focalizamos al ámbito del pueblo mapuche, ya que varias aristas de este tema tensionan las políticas y programas de salud vigentes en esta materia y preocupan tanto a las autoridades y equipos de las redes de salud —y de salud mental en particular— como a las autoridades tradicionales *mapuche*, sanadores, asesores culturales y personas indígenas en general.

Existe una importante —aunque aún incompleta y contradictoria evidencia epidemiológica— de un impacto diferenciado del consumo de alcohol en la población *mapuche* respecto de la población general en Chile, junto con entregar datos de sus efectos mórbidos y co-mórbidos sobre el cuerpo biológico y social de este pueblo; se trata de una condición de vulnerabilidad acumulada vinculada al trauma socio histórico frente al riesgo de enfermar o morir como resultado directo o indirecto del consumo de alcohol.

Las directrices ministeriales para abordar este problema epidemiológico presentan limitaciones respecto de la forma y el fondo requeridos para hacer una práctica integral e intercultural desde los dispositivos de salud en torno a los diagnósticos, tratamientos, rehabilitación, prevención y promoción del consumo de alcohol etílico. Además, existe una reducida producción científica que dé cuenta de este complejo fenómeno y utilice todos los recursos teórico-epistemológicos y aplicados que aportan además las ciencias sociales, las humanidades, los saberes tradicionales indígenas y los conocimientos populares.

El fenómeno que nos convoca es un campo social y aplicado con tensiones internas que obligan a avanzar en nuevas producciones del saber para generar evidencia cuantitativa y cualitativa para su ex-

plicación–comprensión, habiendo una conciencia clara en todos los niveles del área salud de que se trata de una condición del proceso salud–dolencia–curación que compromete al sujeto afectado y su grupo social en el contexto de una trama sociohistórica, política, económica y cultural, en la que se encuentran interrelacionados procesos de determinaciones sociales configurando una singularidad única e irrepetible en el individuo concreto afectado por el consumo.

Las orientaciones técnicas que presentamos tienen como objetivo estratégico el proveer un marco conceptual y metodológico para favorecer la acción de salud destinada a subsanar el sufrimiento y el dolor asociados a los efectos del beber problema y la adicción sobre la unidad sociopsicobiológica de la persona humana, al mismo tiempo que reparar y recuperar los efectos de este hábito sobre el *mapuche* (persona/gente de la tierra/territorio) y sus relaciones contextuales extra e intra sistémicas.

Las reflexiones, recomendaciones e indicaciones contenidas en estas orientaciones son el resultado de un largo trabajo que resume 3 talleres de diálogo complementario entre la salud oficial y la salud *mapuche* cuidando la fidelidad a perspectivas y propuestas consensuadas en el colectivo construido por todos los participantes (2018, 2023 y 2025).

En lo formal se ejerció un estilo de discusión, debate y liderazgos con elevado nivel de consenso en los pilares teóricos, metodológicos y aplicados para actuar en el abordaje del consumo de alcohol en la realidad social y diversa de la Araucanía, concretamente en el reconocimiento de la interculturalidad en salud como espacio necesario y básico del diálogo y la colaboración entre una cultura dominante y sistema público de salud, y otra, subalterna representada por la comunidad *mapuche* y su sistema médico y sanadores.

Esta postura proviene de la interculturalidad crítica que reconoce los juegos de poder subyacentes a las relaciones sociales que configuran los fenómenos; y asume una co–construcción basada en el diálogo como estrategia para abordar el alcoholismo, con una pretensión de transformación respecto de aquellas determinaciones sociales que están en la base de este problema, la producen y reproducen, empeorando las condiciones de existencia de las comunidades *mapuche*.

Las orientaciones reconocen aquellos componentes históricos que han configurado la situación actual del pueblo *mapuche*, como la dominación colonial y el vigente neocolonialismo en el contexto de un trauma social que se arrastra desde el siglo XVI hasta la actualidad, cuyo núcleo es la pérdida de la tierra y de la autodeterminación del pueblo *mapuche*. Esta historia traumática, que viaja permanentemente por las

generaciones de *mapuche* se reproduce constantemente, modificado y actualizado por los vaivenes de las relaciones de dominación y explotación que los afectan y actualmente se visibiliza por el impacto sobre las condiciones y calidad de vida de las comunidades, especialmente con la expansión de la industria forestal, que depreda la naturaleza, les arrebató el agua y desarraiga a los *mapuche* de su vínculo identitario vital con el territorio.

Se desprende de lo anterior otro pilar en el que se inscriben las orientaciones: el compromiso con la defensa y la promoción de los derechos humanos y, con ello, de todos los derechos sociales y culturales individuales y colectivos de los pueblos indígenas. Esto implica una relectura de las condiciones contextuales de superación de la enfermedad y la enfermedad mental, vitalizando un principio central para el diseño de estrategias de salud: el carácter relacional de los procesos individuales, particulares y generales en los que se desenvuelven la salud, la enfermedad y la muerte, que es coincidente con las epistemologías indígenas del *Kume Mongen* o *Kümelen* (buen vivir) que precisamente ponen el énfasis en la relación con los seres vivos y fuerzas de la naturaleza bajo el concepto de *Itrofilmongen*.

Desde esta perspectiva intercultural, se rescata el hecho que la adicción al alcohol es inevitablemente un acontecimiento que desborda el campo biomédico y convoca otras formas de interpretar este padecimiento, lo que exige un involucramiento intersectorial si se desea obtener un verdadero impacto sociosanitario.

En esta línea, la participación reflejada en el *Nutramkan* (diálogo deliberativo) que ha guiado estos talleres es un principio central sobre el cual se levantaron los acuerdos de trabajo que fortalecieron la capacidad de escucha mutua, el respeto por la diversidad y la apertura en reciprocidad hacia un “otro” con el que se comparten motivaciones y compromisos. Este trabajo se ha reflejado en estas orientaciones que resumen importantes secuencias de estrategias, modos de actuar, técnicas de sanación y formas de comprensión holística en la materia del alcoholismo, en un territorio claramente definido y en un tiempo histórico también específico. Su valor es transitorio pues la realidad cambia cada día, la vida cambia, las formas de padecer también, por lo que estas orientaciones están formuladas para nutrirse, modificarse y superarse a través de su aplicación concreta, camino ideal para ponernos a tono con el movimiento continuo de la sociedad y la existencia humana.

2. CONSUMO DE ALCOHOL Y SITUACIÓN EN LA ARAUCANÍA

Su condición de problema prioritario de salud pública a nivel de la población general del país.

Visto el consumo de alcohol como problema de salud pública general en la sociedad chilena, todos los estudios epidemiológicos de las últimas décadas coinciden en que es una de las principales fuentes de producción de problemas de salud, que involucran aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Estos efectos son ocasionados tanto por la acción directa del consumo excesivo de alcohol sobre el cuerpo físico, el psiquismo, la familia, la comunidad y la sociedad en la que el sujeto está inserto, como por la acción indirecta al participar como acompañante co-mórbido de otras enfermedades convencionales.

Los costos del consumo excesivo han sido medidos en términos del impacto que tiene sobre el proceso salud – enfermedad (mental) - atención (cuidados) y de su impacto económico para la sociedad y, en particular, para el sistema público de salud. Todo ello sin que sean valorizados sus efectos negativos sobre la cultura y la subjetividad social e individual, aspecto que juega un rol central junto a los efectos clínico-psicosociales en la orientación que estamos presentando.

La epidemiología da cuenta de la gravedad y actualidad de esta problemática, entendiendo que se trata de información bastante difundida en el contexto de la salud y las ciencias y que fundamenta los planes y programas de tratamiento y prevención del consumo de alcohol en Chile. En el ámbito nacional, este consumo está asociado a condiciones multicausales que favorecen los riesgos a enfermar de adicción o a presentar consumo problemático, con severo impacto sobre los grupos primarios y secundarios que configuran el entorno del sujeto; Chile ocupa el primer lugar en la región en cuanto al consumo anual per cápita, según datos de OMS, con 9.6 litros de alcohol puro por persona.

Un estudio de SENDA del año 2022 establece que el alcohol es la segunda droga de primera elección en la población general, con un 40.3%, detrás de la cocaína en todas sus formas (49.2%).

En las últimas décadas, el consumo ha ido en aumento lento pero progresivo en adolescentes y mujeres, en muchos casos asociado a drogas ilícitas, lo que profundiza la demanda asistencial en las redes públicas de salud. Además, la dependencia al alcohol se ha transformado en la segunda causa de años de vida saludables perdidos por muerte prematura, siendo la primera causa en el grupo etario entre 20 y 44 años. A los efectos negativos biosociológicos hay que agregar problemas psicosociales que están mucho menos estudiados, pero que siempre concurren a la configuración del cuadro clínico del alcoholismo: violencia intrafamiliar, suicidio, afectación de la productividad en el trabajo, desempleo, desarraigo sociocultural, conflictos económicos y agudización de la pobreza.

En el tema del alcoholismo en población *mapuche* no hay estudios generales ni actualizados, por lo que constituye un desafío para la epidemiología profundizar en investigaciones pertinentes frente al alcohol y las drogas llamadas duras, con las cuales el alcoholismo establece una relación co-mórbida intensa y compleja. Sobre todo se requiere avanzar hacia enfoques de epidemiología sociocultural, cuya metodología permitiría incorporar a plenitud las determinaciones sociales que están en la base de este problema.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Cómo nos aproximamos al problema del consumo de alcohol y la enfermedad adictiva

Se asume que el sujeto consumidor o francamente alcohólico es —en su unicidad, en tanto experiencia única e irrepetible— la particularización de un proceso social que caracteriza a la sociedad a la que este sujeto pertenece; de modo que es al mismo tiempo el todo y la parte, lo singular y lo general en un continuum histórico.

Así, el consumo de alcohol en la sociedad global y en comunidades específicas como son los pueblos indígenas, se comprende como una conducta humana multideterminada a partir de los procesos generales, particulares e individuales que intervienen sobre la vida de los colectivos humanos, donde las relaciones económicas, políticas, ideológicas, culturales, ecosociales, éticas y estéticas son las partes de un todo ontológico, epistemológico y praxiológico que la determina y/o condiciona.

Desde esta perspectiva teórica, el impacto biopsicosocial del consumo de alcohol en el ámbito del sujeto concreto será siempre considerado dentro del contexto de las relaciones sociales. Tanto la perspectiva de las determinantes de la salud de la OMS como los procesos de las determinaciones de la salud colectiva y la medicina social latinoamericanas ahondan sólidamente en el reconocimiento de los componentes estructurales, intermedios e individuales, que dan cuenta de una compleja malla de interrelaciones que operan simultáneamente como fundamento de la multideterminación de la salud y la enfermedad. Debemos señalar, entonces, que el consumo de alcohol, en todas sus formas de presentación, no es posible entenderlo si no se contempla la existencia de un “macroscopio” social e histórico que en su conjunto hace sentido y puede explicar este consumo. El alcoholismo, entendido como enfermedad adictiva que amenaza tanto la biología del sujeto

afectado como su propia existencia, nos obliga entonces a una lectura socio biológica del proceso en su totalidad, reconociendo en ella toda una condición vital situada e históricamente condicionada.

3.2. La dominancia de la perspectiva biomédica y su materialización como política pública en los planes y programas sanitarios y de salud mental

Las características del modelo biomédico

En el campo de la salud oficial —y en el territorio de la Araucanía— sigue primando la perspectiva biomédica y el llamado modelo médico hegemónico. Este se caracteriza entre otros aspectos por su biologicismo, ahistoricidad, productivismo y exitismo terapéutico, reduccionismo de las morbilidades psiquiátricas a los procesos fisiopatológicos en desmedro de las ciencias sociales que pueden quedar excluidas de participar con sus herramientas analíticas en la construcción comprensivo-explicativa del enfermar y, en este caso, del alcoholismo. Un ejemplo de esto es el uso de las clasificaciones psiquiátricas oficiales del servicio público (CIE -10 u 11) y las formas de gobernanza del sistema, que con sus planes y programas orientados desde un sistema monocultural y jerárquico organiza e interpreta el sufrimiento del individuo adicto y activa protocolos y algoritmos muchas veces estandarizados, que limitan la comprensión del mismo.

La importancia de las experiencias locales

Sin desmedro de lo señalado anteriormente, en el territorio del Servicio de Salud Araucanía Sur se observan condiciones favorables para ampliar las prácticas de los equipos de salud en torno al consumo de alcohol, especialmente en el trabajo con el pueblo *mapuche*. La apertura a modelos de intervención comunitaria en el contexto de la salud mental colectiva, el despliegue de iniciativas interculturales que fomentan el diálogo entre el sistema occidental y el médico indígena y la incorporación de facilitadores interculturales junto al reconocimiento de los sanadores indígenas, hace posible hoy el desarrollo de modelos locales de acción basados en el *küme mongen* (buen vivir) en un marco de respeto, horizontalidad y participación real de todos los actores.

Un viraje epistémico imprescindible

Lo primero es un cambio en la forma de conocer, explicar e interpretar este problema a partir de la crítica al enfoque medicalizante y biologicista, una verdadera metodología descolonizadora del saber/poder asentada desde la sabiduría indígena. Ello implica poner en relación dialógica los saberes propios de las ciencias médicas sobre el tema con las ciencias sociales, las humanidades y los saberes propios de las culturas involucradas desde sus propias categorías epistemológicas, en este caso el *rakiduam* (sabiduría) *mapuche* a través del *pentukun* (protocolo de conocimiento) y *nutramkan* (diálogo participativo y deliberativo).

Las orientaciones centrales sobre el beber problema se posicionan dentro de este cambio paradigmático desde la interculturalidad crítica, en la línea de la salud colectiva latinoamericana, las teorías de la decolonialidad y otras, cuyo acento está puesto en la historización del proceso salud – enfermedad – atención y, principalmente, en su compromiso de transformación de la realidad social, por el mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar de la humanidad y la naturaleza.

Repensar la capacitación

Un requisito derivado de estas expectativas de cambio es una readecuación de los programas de capacitación que se desarrollan convocados, organizados y regulados desde el nivel regional o nacional del sistema sanitario. Implica trascender desde un enfoque jerarquizado desde la cultura dominante sus contenidos, designación de participantes, expositores académicos, métodos expositivos formales entre otros, para incorporar a todos los actores relevantes, tales como las personas conocedoras de la sociedad y cultura *mapuche* como *longko* (jefe), *machi* (sanador) y *amuldungufe* (asesores culturales), fomentando la continuidad de intercambio de saberes y prácticas entre los sistemas médicos que interaccionan.

La participación desde una dimensión intercultural

Estas iniciativas de capacitación interpelan una profundización de la participación de los miembros de las comunidades y los representantes de sus sistemas curativos por la vía de hacerlos copartícipes de

las propuestas de capacitación; se trata de legitimar el carácter cruzado, interactivo, crítico y autocrítico de la formación entre la sanación indígena y la clínica eurocentrada. Hay, por otra parte, una legítima necesidad de realizar una formación académica orientada interculturalmente, que ayudaría mucho a subsanar la objetiva carencia de procesos de capacitación sistemáticos y prolongados en el tiempo, utilizando también el trabajo formativo en el territorio, en la comunidad.

El desafío central de un modelo dialógico es aprehender por parte del equipo de salud el alcance real de un *küme nutramkan*, un diálogo auténtico entre el sistema hegemónico y la cultura subalterna, que descansa en tres pilares: conciencia y conocimiento pleno de la cultura indígena incorporando desde el inicio la importancia y rol de la oralidad y del *mapuche dungun* (lengua) como parte constitutiva de este diálogo; el reconocimiento de las bases culturales de la biomedicina en tanto cultura que representa el profesional reflexionando sobre las cuestiones de poder que están en la base de las formas y contenido de las relaciones; y desarrollo de una conciencia crítica respecto al accionar de los equipos de salud para abordar el tema del beber problema en el pueblo *mapuche*.

Ajustes imprescindibles en el sistema, organización y gobernanza de la salud

El trabajo de colaboración entre el sistema de sanación indígena y el sistema público de salud en torno del alcoholismo también exige la puesta en marcha de ajustes a las estructuras de salud del Estado, en orden a garantizar la acogida oportuna y la calidad de la atención para las personas adictas o en riesgo en todos los niveles de atención y prevención. Tanto los dispositivos de la red como sus formas de trabajo, protocolos de flujo y reflujo, derivaciones, interconsultas y traslados deben acondicionarse para una relación interactiva y con respeto a las epistemologías y cosmovisiones propias del encuentro entre dos culturas diferentes y asimétricas.

El sanador y/o autoridad *mapuche* —sea *machi*, *lawentuchefe*, *kimche*, *longko* u otro— juega un rol clave en el acompañamiento del *mapuche* bebedor, especialmente cuando transita dentro de la red de salud oficial y se requiere la colaboración de ambos sistemas médicos en el manejo del caso. Ese acompañamiento dentro de la red debe es-

tar claramente establecido y fortalecido, evitando su posicionamiento marginal por parte de la cultura biomédica dominante; esto incluye definiciones consensuadas respecto del tiempo y lugar de su presencia y la disposición institucional a reconocer su rol. El *amuldungufe*, facilitador intercultural o asesor cultural, debe tener reconocimiento y apoyo del equipo de salud; las relaciones y tratos que se establezcan con ellos definirán la capacidad del sistema y de las políticas de Estado para establecer estrategias con fundamento intercultural.

La prevención del alcoholismo

Finalmente, en la co-construcción de interculturalidad en las políticas y programas de salud —como debe ocurrir con el alcoholismo—, el diseño de estrategias de prevención y promoción debe contemplar tanto el conocimiento acumulado en el sistema médico oficial como las estrategias del *küme mongen* propias del sistema de sanación tradicional *mapuche*. En el caso del consumo de alcohol problemático, literalmente se refiere a las bebidas introducidas por los europeos, como *pulko* (vino) y aguardiente.

La forma como esta conducta es entendida desde el mundo *mapuche* está claramente asociada a la introducción europea de bebidas de alto contenido alcohólico y a la disrupción de los vínculos, relaciones y lazos familiares y comunitarios.

Esta visión es claramente distinta a la que se establece en la psiquiatría y la psicología modernas, donde prima un modelo explicativo biomédico y responde a una cierta psicopatología y a las dimensiones nosológicas y nosográficas universalizantes de esta “enfermedad adictiva”, lo que orienta las prácticas de tratamiento hacia estrategias protocolizadas y estandarizadas, con sus respectivas orientaciones y algoritmos. Esta manera se proyecta también sobre las experiencias preventivo-promocionales del alcoholismo, por lo que la apertura a las ciencias sociales y a los saberes indígenas en un contexto de diálogo intercultural puede abrir nuevos caminos para avanzar en la orientación del consumo de alcohol a límites de protección y cuidado comunitario y social de los riesgos que conlleva.

4. CONDUCTA EN CONTEXTO: GENERALIDADES

4.1. Trauma Sociohistórico e introducción del alcohol: ¿dos caras de la misma moneda?

Existe una amplia literatura que muestra cómo el trauma histórico social de la conquista y la introducción del alcohol en las comunidades indígenas van estrechamente entrelazados, ya que este último es una expresión más del colonialismo que ha irrumpido y desestructurado los lazos comunitarios y las relaciones sociales que regían y equilibraban la vida social y el consumo de bebidas tradicionales al interior de las comunidades.

Desde una mirada histórica, el alcohol ha sido usado como instrumento de dominación del conquistador, existiendo numerosos testimonios de cómo, a través de su uso, se fue despojando al *mapuche* de sus tierras y bienes, situación que también ha sido documentada en pueblos indígenas de Canadá, Australia, Nueva Zelanda y México por nombrar algunos países donde existe información al respecto.

En la actualidad, los patrones de ingesta excesiva de alcohol en estos pueblos están siempre asociados a un gran sufrimiento social relacionado con el despojo de sus tierras y la disrupción de los patrones familiares. Por ejemplo, las altas tasas de alcoholismo, adicciones y suicidios en los jóvenes indígenas separados de sus familias y criados en los orfanatos del estado —como en Canadá y Australia (boarding school)— son producto de la cultura de “blanqueamiento de la raza” que imperó en esas colonias británicas hasta mediados del siglo XX y en donde sufrieron toda clase de abusos en una verdadera “cultura institucional de la violencia”.

Recientes estudios realizados en comunidades *mapuche* de Chile también han vinculado el beber problemático a los efectos de la conquista y colonización, con la consiguiente desestructuración social y despojo de los mecanismos de regulación sociocultural que existían al

interior de las comunidades. Estos procesos complejos de pérdida cultural, transculturación, desdibujamiento del tejido social y del territorio, han conformado escenarios sociosanitarios cada vez más heterogéneos y fragmentados. Como consecuencia, se requiere un abordaje multidimensional, territorial e intercultural para elaborar líneas pertinentes de prevención y acción sobre el beber problema, en tanto consecuencia y síntoma de un proceso sociohistórico de trauma situado y corporizado en las vidas particulares de personas concretas.

Chile no es la excepción a la violencia estructural instaurada desde la conquista y colonia que se mantiene en la actualidad en las sociedades neocoloniales latinoamericanas. La estratificación basada en la discriminación y que posiciona a los pueblos indígenas en el sustrato inferior de la conformación de los estados – nación al día de hoy está en la base del beber problema en las comunidades **mapuche**.

El reconocer el trauma histórico transgeneracional reflejado en las determinaciones sociales como la pobreza y marginalidad que sufre hasta la actualidad el pueblo **mapuche**, implica un cambio radical de enfoque, que trasciende desde el responsabilizar a los bebedores por su problema de alcoholismo a romper el silencio acerca de la violencia estructural que han sufrido y que lleva a incluir el contexto sociohistórico de la introducción del alcoholismo en las comunidades y las circunstancias concretas donde se produce y reproduce este problema de salud pública, así como los factores estructurales sociales que están en la base del sufrimiento y del beber problema en el pueblo **mapuche**.

Desconocer que los problemas de alcoholismo se insertan en sistemas y lógicas de poder político–económico y considerar el alcoholismo sólo como una enfermedad de la mente, del cuerpo o de conflictos interpersonales, claramente despolitiza el problema, limita su comprensión y reduce las posibilidades de un enfoque terapéutico intercultural, dialógico y colectivo. En esta línea se puede plantear que el alcoholismo en el pueblo **mapuche** es un síntoma de sufrimiento social que expresa el desplazamiento, la violencia, el empobrecimiento, la represión y pérdida territorial y cultural, la devastación del medio ambiente y el cambio climático, en una red de interrelaciones compleja, en que no tiene sentido separar una dimensión de la otra, sino abordarlo precisamente desde esa complejidad.

Eso es justamente lo que aportan las epistemologías indígenas del *küme mongen* e *itrofilmongen* con su concepción holística, que integra al *che* en todo lo vivo. Esta forma de aproximación multidimensional e interrelacional permite reposicionar el tema del alcoholismo, para enfrentarlo desde los conceptos y visión de mundo que configuran el *ad che*, la identidad indígena. Reforzar esta identidad que se expresa y revitaliza a través del *mapudungun* (lengua), sienta las bases para las orientaciones técnicas y el trabajo con la plena participación de los *amuldungufe* en diálogo con los equipos de salud mental.

4.2. Aproximación antropológica al modo de beber entre los **mapuche**

El beber ha existido en todos y cada uno de los grupos humanos, principalmente asociado a contextos rituales y protocolares que varían de una cultura a otra. Puesto que es una conducta, no puede ser considerada una enfermedad biológica ni interpretada como normal o anormal fuera del contexto que le da sentido y que, en última instancia, determina si el uso de la bebida es normal o prohibido.

Por otra parte, el beber en los grupos humanos ha sido un vehículo facilitador de los contactos interpersonales y está ligado intrínsecamente a todos los sucesos de importancia colectiva en las comunidades, siendo un importante medio de cohesión social entre los individuos y el grupo.

Un abordaje antropológico al beber problema implica contextualizar y situar la conducta de beber en un continuum que va desde un consumo normal y aceptado a un beber problemático que causa conflictos con la familia o el entorno laboral, hasta cuando se transita a un beber con dependencia, que vendría a ser lo que en rigor se conoce como alcoholismo.

El alcoholismo como enfermedad se desarrolla a fines del siglo XIX, conceptualización que se produce en el contexto de los esfuerzos de la psiquiatría europea por legitimarse como subespecialidad en la disciplina de la medicina, lo que implicó un ordenamiento del malestar en torno a categorías nosológicas y nosográficas, a enfermedades claramente definidas tanto en sus causas como en sus manifestaciones sintomáticas, así como en el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico.

Sin perjuicio de los cambios evolutivos que han ido teniendo las consideraciones diagnósticas y terapéuticas en torno de la enfermedad alcohólica, desde que se instaura la psiquiatría como disciplina de

Tipos de bebida

Es importante señalar que las bebidas alimenticias fueron las primeras clases de bebidas que existen y existieron en los pueblos, utilizadas para celebraciones, ceremonias y rituales. Según la elaboración de las bebidas, se puede hablar de bebidas alimenticias, fermentadas, destiladas o espirituosas y fortificadas, como licores y cremas.

Un ejemplo de bebida alimenticia es el *muday mapuche* elaborado en base a trigo, maíz o piñon, que no llegaba a ser una bebida fermentada pues se preparaba y se consumía rápidamente hasta que se acababa; el vino o *pulko* es una bebida fermentada y el aguardiente una bebida destilada, estas dos últimas introducidas en América Latina a través de las misiones evangelizadoras y utilizadas en los bautizos masivos que se hicieron desde el tiempo de la conquista.

Como corolario, se debe considerar no solo «lo que se bebe», sino «donde se bebe, con quien se bebe y para qué se bebe», por lo que esta conducta debe ser enfocada desde una mirada particularizada, pero al mismo tiempo multidimensional.

El cambio de enfoque centrado en la experiencia del beber y su contexto sociocultural permite distinguir el beber como conducta normal, el beber que sería problemático debido a su impacto negativo sobre su comportamiento vincular en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana del sujeto, como la familia, su comunidad, el escenario laboral, etc., y el beber problema con dependencia, que es lo que vamos a considerar alcoholismo. Estas diferencias se abordan en extenso en el capítulo que trata el tema de normalidad y anormalidad en psicopatología y la cultura.

la medicina, el consumo de alcohol ha sido una de sus preocupaciones centrales, dado su impacto no solo individual sino también social, con efectos nocivos sobre las tasas de prevalencia de enfermedad y muerte en todos los países del mundo.

La construcción del saber científico en medicina hasta la actualidad ha sido desarrollada con un dominio de las causalidades biológicas de las enfermedades mentales, por lo que se ha trasladado este enfoque a toda expresión del consumo de bebidas alcohólicas, dejando de

lado la cultura de pertenencia y sus cosmovisiones particulares, como también los procesos políticos y sociales.

Como ya se mencionó, en el caso de los pueblos indígenas el alcohol ha sido usado como un instrumento para dominar, fijar un estigma y estereotipar al pueblo *mapuche* en particular. Además, con la conformación del campesinado y la consolidación del Estado-nación chilena, fue usado como medio de pago, lo que aumentó el consumo en los *mapuche*, ya reducidos a campesinos pobres. Esta situación, junto a la disponibilidad de dinero, fue generando un mayor acceso a las bebidas alcohólicas, al mismo tiempo que progresivamente se fue desdibujando la cultura tradicional y transitando a maneras de beber más propias del campesinado que los ha puesto en mayor riesgo de consumir bebidas alcohólicas fuera del contexto y vigilancia ritual, pasando de un patrón de ingesta de *muday* a una forma de beber *pulko* o vino en forma descontextualizada.

La colonización y la introducción del alcohol modificó los patrones tradicionales de consumo, que eran esporádicos, asociados a ciertas festividades y rituales, a un consumo indiscriminado en un escenario de derrota militar y pérdida de territorios. La derrota militar limitó el poder y liderazgo de sus autoridades, junto con un debilitamiento de las normas y lazos de convivencia regulados por el *Ad mapu* (derecho consuetudinario) o el *Ngulam* (consejo) de los mayores. Estos procesos, insertos en una matriz cultural de "beber hasta que se acaba" y donde el consumo colectivo implica confianza en los otros, fue enfrentando a las personas —sobre todo jóvenes y migrantes— a un mayor riesgo de desarrollar conductas adictivas.

4.3. El estereotipo del *mapuche* como alcohólico: elementos para una deconstrucción

El estereotipo del *mapuche* alcohólico es una de tantas categorías discriminatorias que se aplica frecuentemente sobre este pueblo indígena, que posiblemente nos dice mucho más sobre el prejuicio de la sociedad nacional que sobre el contexto real y la ingesta de alcohol de las personas y comunidades indígenas.

El estereotipo del *mapuche* como una persona entregada al alcohol tiene sus bases al menos en dos fuentes: el modo de beber colectivo y público descontextualizado y los estudios de prevalencia median-

Hay que destacar que desde el tiempo de la colonización las autoridades tradicionales han ido perdiendo paulatinamente su poder para administrar la justicia de acuerdo al derecho consuetudinario o *ad mapu* como resultado de la pérdida de tierras que administrar y la sumisión hacia las leyes del estado chileno, en una situación de presión demográfica sin precedentes sobre los territorios.

Parte de esto se refleja en la paulatina pérdida de control de los *longko* y autoridades comunitarias y familiares para resolver los conflictos familiares y comunitarios, en cuya base están siempre las tensiones por el uso y acceso a la escasa tierra disponible. Esta situación de conflicto latente se gatilla muchas veces por el consumo de alcohol, ya sea en las comunidades o por personas *mapuche* en contextos de migración campo-ciudad.

te la aplicación de encuestas en comunidades *mapuche*. En el primer caso, la venta de productos de la tierra, el disponer de dinero y la ingesta de vino en las cantinas de los pueblos que se fueron formando desde la ocupación de la Araucanía a fines del siglo XIX, junto al patrón de beber públicamente, quedó en la retina de muchas personas no *mapuche* que los veían volver embriagados a sus comunidades; a su vez, la conceptualización del alcoholismo como enfermedad llevó a la par la aplicación de encuestas en las comunidades *mapuche*. En este último caso, en concreto el estudio de “Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de la zona rural en Cautín” (Medina y Marconi, 1970) fue ampliamente difundido en revistas científicas de la época. Ese estudio tenía como objetivo medir la magnitud del alcoholismo indígena y no indígena con tres criterios: 1) se embriaga cada vez que bebe; 2) se embriaga más de 12 veces al año y 3) la cantidad de consumo. Es decir, lo que se consideraba “alcoholismo” estaba definido en términos de lo que, para la sociedad occidental, era una conducta anormal. Los resultados mostraron tasas de alcoholismo muy altos, una dependencia mayor del alcohol que la población nacional chilena y embriaguez cada vez que se consumía alcohol, por lo que se concluyó que el *mapuche* bebía más alcohol que la población no *mapuche*.

Sin embargo, el Dr. Eduardo Medina —uno de autores de la citada investigación— cuestionó en el año 1989 estos resultados, reflexionando que una población con esos niveles de alcoholismo sólo podía darse en un grupo marginal y desorganizado, lo cual era muy diferente

de lo que él había notado como médico general de zona en las comunidades *mapuche*. También observó que la norma cultural no sancionaba ni prohibía la embriaguez y, por tanto, considerarla como síntoma de alcoholismo en sí misma no tenía sentido. De esta manera, este autor refutó en la nueva publicación los resultados de su trabajo anterior. Sin embargo, esta última investigación no ha tenido mayor difusión y se ha mantenido prácticamente desconocida para la comunidad científica médica. En esta tendencia, comprobamos que hasta la actualidad se aplican mediciones y encuestas con escasa o nula validez, las que sólo reproducen el estereotipo en la sociedad nacional.

4.4. Conducta normal y anormal: las complejidades de un continuum

Las definiciones de normalidad varían ampliamente a través del mundo según un ideal, un modo adecuado de vivir en sociedad. Lo que se considera un consumo normal de alcohol, qué se bebe y donde, cómo, con quién y para qué se bebe, también está determinado por el contexto.

En un escenario como el de los pueblos indígenas no cabe la abstinencia, pues aceptar una bebida es parte del vínculo social que se establece y demuestra la confianza en la persona que ofrece la bebida. Entre los *mapuche* existe la percepción de que a través de la bebida es posible hacer un *infitu* (daño a través de la comida o bebida) a las personas introduciendo un *fuñapue* (veneno real o simbólico) que puede provocar enfermedad. En esta circunstancia, rechazar un brindis en un contexto colectivo de ceremonia o celebración es una muestra de extrema desconfianza; además, la embriaguez es socialmente aceptada y las conductas inconvenientes producidas en ese estado tienden a ser disculpadas.

Hay un continuum entre el beber normal en un contexto ritual y un beber problema cuando ya es causa de conflicto con la familia, con la comunidad, en el trabajo o en las actividades laborales, y un beber problema asociado a la dependencia. Aquí ya estaría manifestándose un tipo de adicción, que va más allá de lo social y que tiene implicancias fisiológicas. En ese caso entonces hablamos de alcoholismo.

El siguiente cuadro fue elaborado en base a un estudio exploratorio en comunidades *mapuche* de Araucanía Norte en 1980, donde el *longko* de la comunidad fue identificando lo que sería el beber normal versus el beber anormal, basado en la observación y distinción de las personas que consumían de acuerdo a los patrones tradicionales y quienes lo hacían fuera del contexto, que ya eran bebedores problemáticos.

CUADRO 1 - Comparativo entre beber normal y anormal

Beber mapuche en contexto (normal)	Beber fuera del contexto (anormal)
Bebidas alimenticias	Bebidas destiladas
Rituales de fertilidad y reciprocidad	En momentos inapropiados de esos rituales. Ejemplo: durante la rogativa
Rituales y ceremonias de sanación (momentos puntuales de las ceremonias como <i>misawün</i>)	En situaciones no ritualizadas
Se bebe en todas las familias que entran a la ceremonia, pues es signo de confianza /Mal a través de la bebida)	En cantinas y clandestinos
Actividades colectivas: <i>mingako</i> , cosecha, <i>rukan</i>	Aceptar bebidas alcohólicas de una persona desconocida
	De manera solitaria
Siempre con comida tradicional	Solo alcohol y sin comida
Al ir a pueblo a vender y disponer de <i>kuyin</i> .	En la casa, sin un contexto social
Embriaguez es buscada	Gastar todo el dinero , no poder trabajar, peleas

Fuente: Oyarce y Madariaga, 2025 (inédito).

Como se observa en el cuadro, el beber normal desde el punto de vista de los patrones tradicionales es consumir bebidas alimenticias, en los rituales de fertilidad y reciprocidad como el *nguillatun*, en determinados momentos de los rituales y ceremonias de sanación, como por ejemplo durante el *misawün*. Beber *muday* por parte de toda la familia que asiste a la ceremonia no solo es esperado, sino que es el objetivo de producir esa bebida para compartir, que se bebe en actividades colectivas como el *mingako* (trabajo colectivo), la cosecha, el *rukan* (construcción de una casa) y actividades de este tipo, donde el beber siempre va acompañado de comida, generalmente tradicional.

Otro escenario donde beber se considera normal es al viajar a un pueblo a vender algún producto de la tierra y disponer de *kuyín* o de dinero. La embriaguez en este caso, en que principalmente se consume vino, no solo es esperable sino buscada.

Desde el otro extremo del continuum, beber fuera del contexto o un beber anormal se inicia cuando se ingieren bebidas fermentadas como el vino o destiladas como el aguardiente, en momentos inapropiados de los rituales, como durante la rogativa. También en otras situaciones no sociales ni colectivas, cuando se bebe solo en la casa donde no hay un contexto que justifique el beber. Otra conducta socialmente sancionada es cuando se bebe en lugares clandestinos de venta de alcohol en las comunidades o en cantinas cuando se acepta bebida alcohólica de una persona desconocida. Finalmente hay dos situaciones en que también se considera inapropiado beber alcohol: cuando se gasta todo el dinero ganado en consumir y cuando esta conducta trae como consecuencia tener conflictos en la comunidad o la imposibilidad de trabajar.

La medición sólo cuantitativa del consumo de alcohol en pueblos indígenas ha ido perdiendo su relevancia y actualmente el consumo problemático de alcohol abarca un conjunto de relaciones complejas, que van cambiando continuamente y que requieren de un enfoque totalizador para no simplificar la realidad. Desde una perspectiva estrictamente médica, las dos categorías que hemos destacado como desafíos para el trabajo con el consumo de alcohol desde el rol específico del equipo de salud, tienen su lógica interna desde la psicopatología descriptiva para discriminar cuándo estamos en el campo de variaciones conductuales y experienciales del sujeto en riesgo y cuándo lo que se observa responde a procesos mórbidos de mayor complejidad, que requieren estrategias de manejo biomédico, tanto farmacológico como psicoterapéutico.

El uso del CIE-10 y actualmente del CIE-11 en los programas de salud organiza la función profesional del equipo que interviene. No obstante, un camino unilateral de la función diagnóstica y terapéutica puede invisibilizar el rol que juegan en la producción del padecimiento y la enfermedad los aspectos sociales, culturales, económicos, etc. El desafío aquí es que ambos sistemas médicos puedan, en sus prácticas cotidianas con el caso concreto, expandir la reflexión diagnóstica a todos los ámbitos de las determinaciones sociales, a fin de visibilizar con nitidez el proceso en curso en toda su complejidad, al mismo tiempo que se defina mejor la estrategia de intervención integral que se requiera.

Para estos efectos es necesario identificar el consumo problemático de alcohol como una entidad culturalmente definida y nítidamente caracterizada. Los actores que intervienen en este nivel son muy

Uno de los aspectos cruciales a considerar y que ha sido planteado en numerosas ocasiones con equipos de salud, es que la modalidad del consumo tradicional de *muday* era ingerirlo en festividades y rituales hasta que se terminara, pues no debía ingerirse fermentado. Ese patrón, cuando se traslada a un consumo de bebidas fermentadas como el vino o destiladas como el aguardiente con alto contenido alcohólico y fuera de un contexto que le dé significado, implica un riesgo de transformarse en un patrón problemático de consumo. Así, el beber alcohol en un contexto donde no hay una regulación social ni un sentido ritual siguiendo la matriz cultural tradicional de consumir hasta que se acabe, y en un escenario donde priman conflictos territoriales, constituyen dimensiones de riesgo para transitar hacia un beber problemático.

variados y pueden incluir a cualquier miembro de un equipo de salud, a los sanadores *mapuche*, la familia, líderes de la comunidad, etc., siendo el centro del acto reparatorio la consideración de todos aquellos acontecimientos personales, familiares y sociales que inducen a la búsqueda de efecto droga con fines de mitigación de frustraciones, fracasos, abandonos, pérdidas, duelos, etc.

Por otra parte, la clasificación psiquiátrica de la enfermedad alcohólica (la dependencia) en el plano de lo propiamente mórbido, desencadena un conjunto de síntomas que son muy característicos de esta condición de salud y merecen la mejor atención del equipo de salud y también de los sanadores. El problema surge cuando se establecen causalidades lineales, regidas por una lectura del listado de síntomas, al mismo tiempo que se invisibilizan los componentes socioculturales involucrados.

El debate de los talleres fue enfático en dar validez al aporte biomédico, pero solo si es parte constitutiva de una multidimensionalidad de fenómenos que determinan esta enfermedad. La existencia de aspectos biológicos no invalida en absoluto la lectura del fenómeno en cuanto totalidad, lo que nos obliga a intervenir en un caso clínico de dependencia al alcohol poniendo en relación lo biológico, en tanto perspectiva explicativa, con la dimensión cultural, en cuanto significado del enfermar.

Junto a los cambios en la manera de clasificar el beber problema, hay que considerar las profundas transformaciones de la propia sociedad *mapuche*: la ruptura de los lazos y relaciones al interior de las

comunidades, la pérdida de control cultural y el empobrecimiento producido por la derrota y reducción territorial del pueblo *mapuche* a fines del siglo XIX, son todas fuentes de sufrimiento que aumentaron el beber problemático en las nuevas generaciones, a lo que se suman las grandes migraciones campo-ciudad, lo que confrontó a los jóvenes y muchas veces niños a escenarios de consumo de vino y bebidas destiladas en los sectores marginales de las ciudades.

4.5. Abordaje con pertinencia intercultural en salud mental y beber problema

Para propiciar un modelo holístico que se enraíce en las epistemologías *mapuche* se requieren de cuatro elementos importantes a) la relación entre cuerpo, mente y emociones; b) la orientación de la cultura, si es sociocéntrica o egocéntrica; c) el lenguaje de las emociones y d) el trabajo de la cultura

- a. La interrelación entre cuerpo, mente y emociones que existe en la mayoría de los pueblos indígenas se expresa en un variado corpus de dolencias causadas y/o nombradas por emociones, como la rabia con pena, envidia, susto, nervios, mal de ojo, daños que cristalizan una red de conflictos sociales expresados en un tercero, que permiten explicar conductas, entre las cuales está también el beber problema
- b. La orientación de la cultura, ya sea hacia el yo individual o hacia el yo/nosotros social, en general van desde sociedades muy egocéntricas e individualistas hasta sociedades que centran el bien común en lo colectivo. Este es el caso del pueblo *mapuche* cuyo término *che* remite a un yo colectivo. En este tipo de sociedad, las dolencias y las sanaciones se producen y recuperan a través de los vínculos sociales. Las comunidades indígenas pueden orientarse por principios socio-céntricos que son factores de protección y parte de sus propias formas terapéuticas; o ser un factor de riesgo cuando no existen o se han perdido.
- c. En cuanto al lenguaje o idioma de las emociones, desde el modelo biomédico las emociones se consideran universales, basadas en propensiones humanas innatas; no obstante, desde una perspectiva intercultural y diálogo de saberes se deben considerar las experiencias y vivencias emocionales de acuerdo a las matrices culturales que modelan los estímulos. Por ejemplo el idioma del *illkun*, descrita como rabia con pena para el despojo, la injusticia y el sufrimiento, permite aproximarse desde categorías propias integrales.

- d. Finalmente el llamado “trabajo de la cultura” evita el etnocentrismo en el diagnóstico de problemas de salud mental y del alcoholismo en particular, que remite a conocer y comprender las definiciones locales de situaciones de pérdida, conflictos familiares, generacionales y colectivos la terminología bajo la cual se conceptualizan como *wesakutran*, *infitu*, *llafken*, *illkuñ* y las respuestas socioculturales existentes en la comunidad para enfrentarlas, como el *pentukun*, *nutramkan*, *ngulam*, *nor*, *fejentun*, *trafkintu*, poniendo el foco en el trabajo sanador de las agentes de salud como *machi* y *lawentuchefe*.

Al abordar el beber problema en comunidades **mapuche** se debe considerar:

- a. Que el estigma del **mapuche** como bebedor problema puede ser una categoría que esconda estereotipos, discriminación o un artefacto desde la biomedicina.
- b. Que la separación cuerpo – mente – emociones corresponde al modelo occidental, y que la mayor parte de las comunidades y personas indígenas los perciben como un todo integrado.
- c. Las culturas varían entre lo que consideran beber normal y anormal, por lo que el contexto del patrón de consumo es fundamental para hacer un buen diagnóstico y un tratamiento acorde.
- d. Las medicinas indígenas y la propia cultura tienen formas y estrategias de enfrentar los conflictos y de reforzar la identidad que puede estar en la base de un problema de beber problema.
- e. La violencia estructural producto del trauma histórico de la conquista y colonización se vincula con la violencia institucional, de la cual la violencia doméstica es la mayor parte de las veces una consecuencia.
- f. Visualizar el panorama completo antes de reproducir categorías que pueden limitar la comprensión del problema y discriminar, contribuyendo al estereotipo.

5. LOS ESTUDIOS DE CASOS: UN INTENTO DE APROXIMACIÓN DIALÓGICA E INTERCULTURAL

Asumiendo que el trauma histórico producido por la conquista y colonización con la ocupación de los territorios, la desarticulación del tejido social y la pérdida de poder político de las autoridades tradicionales de la mano con la introducción de bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas están en la base del beber problema en las personas *mapuche* y sus familias, necesariamente la metodología para abordar el tema debe ser descolonizadora y sustentarse en las epistemologías indígenas y en cómo se ha enfrentado y enfrenta el beber problema.

Para la construcción de esta orientación se ha partido de dos premisas básicas: debe ser un proceso co–construido con equipos interdisciplinarios e interculturales, donde los asesores y facilitadores del pueblo *mapuche* tienen un rol central en iniciar el dialogo desde los conceptos y terminologías culturales. En el aspecto más metodológico, las orientaciones deben basarse en el análisis intercultural de casos concretos y cotidianos surgidos desde la experiencia de los equipos locales territoriales.

En esa línea, como ya se ha dicho, se realizaron 3 talleres: el primero de carácter general posicionó el tema (2018), el segundo capacitó en abordaje holístico y en la metodología de estudio de caso, donde los equipos trajeron ejemplos concretos para su análisis e interpretación desde los determinantes sociales (2023) y en el tercero se validaron las propuestas y se construyeron en conjunto las alternativas terapéuticas, las que han sido sistematizadas y reordenadas por los consultores a cargo de la elaboración de las orientaciones (2025).

A continuación se presentan casos basados en experiencias concretas que sistematizaron los propios equipos de salud mental en el segundo taller de 2023. A partir de 14 casos presentados, fueron seleccionados 3 casos tipos para producir las orientaciones y líneas de trabajo reflexivas e interculturales. En la próxima sección se presentan los resultados del tercer taller que enriquecieron los casos, 2 con las

experiencias y participación de los equipos de salud mental, asesores culturales y profesionales de apoyo, que constituyen la base de estas orientaciones (ver Anexos con listado de los 3 talleres realizados).

Los casos fueron asignados a los nodos costa, valle y cordillera, quienes tuvieron como guía las preguntas detalladas en el recuadro siguiente.

Preguntas para la reflexión colectiva de los casos en trabajo de grupo

1. ¿Qué determinantes sociales de tipo estructural usted identifica en la base del caso clínico?
2. ¿Qué dimensiones del contexto sociocultural se manifiestan en este caso clínico? ¿En qué ámbitos se expresan?
3. Considerando que el beber es una conducta producida en un contexto social dado ¿Qué influencia tiene en la configuración diagnóstica de cada caso?
4. ¿Cómo se abordarían estos casos desde una perspectiva integral, holística y/o de totalidad?
5. ¿Cuáles serían los roles que competen tanto a la familia como la comunidad, incluyendo sanadores y dirigentes / líderes socio - espirituales en la construcción del plan de trabajo dirigido al acompañamiento, curación o sanación en cada uno de estos casos?
6. ¿Qué estrategias terapéuticas y prácticas de sanación propondría para cada uno de los casos basados en el diálogo de saberes?
7. ¿Qué otras líneas de acción, enfoques o prácticas de salud usted agregaría en los casos presentados?

CASO 1

Joven de 27 años, soltero, el menor de 3 hermanas y 2 hermanos. Reside en una comunidad mapuche de una comuna de la Región. Relata que vive con su madre de 68 años quien, a pesar de estar casi ciega, desarrolla algunas labores de casa; también está su padre, de 84 años de edad, postrado, quien recibe una pensión de invalidez. Considera que son muy pobres, la tierra de sus padres es de 3 hectáreas, sin agua, donde crían ovejas y aves de corral. Ocasionalmente venden huevos y productos de la huerta, pero cada vez menos debido a la falta de agua, porque están rodeados de forestales con pino y eucaliptus. Cuando llegaron las empresas forestales les dijeron que iba a haber trabajo, pero los tuvieron unos meses desmontando troncos y eso fue todo. Ahora traen unas máquinas y no contratan a nadie del sector, "para no tener problemas", dijeron.

En 2013, después de un *palin* (juego colectivo de chueca) y "estando con vino" tuvo una pelea con un vecino con el que siempre han tenido desencuentros debido a que está obligado a atravesar su terreno para poder llevar a sus animales a beber al lago. Cuenta que a raíz de la pelea con este vecino quedó con varios golpes y moretones. Los testigos del hecho llamaron a carabineros, lo detuvieron y llevaron preso, con la instrucción de atenderse en el consultorio.

El joven señala que no es alcohólico como se le rotuló en el CESFAM, aunque dice que cuando llega a tomar le viene *illkuñ* (rabia con pena), porque él quiere salir del campo, ser "alguien", trabajar en el pueblo, pero está imposibilitado dado que no tiene con quien dejar a sus padres; además refiere que ese vecino le hizo un mal *infitu*, le puso algo en el vino. También una vez encontró un pollo amarrado de una pata cuando estaba arando, una clara señal de que terceras personas le están haciendo un daño, todo lo cual le provoca una gran preocupación. Así mismo, cuenta que le duele la cabeza y *weñankun*, por lo que tiene intención de consultar a *machi*, pero no tiene los recursos para ello. Además, dado que no hay *machi* en el sector de la cordillera donde él vive, debería viajar muy lejos, con el aumento consiguiente de los costos, a lo que se suma también la imposibilidad de dejar solos a sus padres enfermos.

En la ficha del CESFAM se consigna el diagnóstico de alcoholismo y antecedentes de violencia intrafamiliar, incluso una hermana lo denunció hace años por agresiones. Cuando se le pregunta si tiene problemas con la hermana, relata que esa hermana le prometió que el 2013 iba a regresar al campo a remplazarlo en el cuidado de sus padres, pero después de la pelea ella se embarazó y "no apareció nunca más". Al consultarle si tiene esposa o pareja, comenta: "¿con quién? no hay mujeres en el campo, todas están en el pueblo en Santiago, aquí habemos puros hombres nomás y además quien va a querer cuidar a los viejitos".

Al preguntarle cuántas veces bebe, dice que "cuando hay"; y respecto de la embriaguez, dice que solo lo hace cuando se junta con los amigos después de los torneos, en fiestas y cuando va al pueblo. No bebe solo y no maneja vino en la casa, aun cuando excepcionalmente va a un clandestino en el sector rural y bebe siempre en compañía de otros jóvenes. Dice sentirse muy orgulloso de la cultura *mapuche* aunque ahora las familias están muy *awingkadas* y, además, como están las cosas, preferiría irse a vivir al pueblo.

5.1. Determinaciones Sociales y dimensiones del contexto sociocultural: pilares para la comprensión, explicación e interpretación del caso 1

En este caso se vislumbra la pobreza estructural que se manifiesta en escasa cantidad de tierras, su improductividad por falta de agua y la escasez de empleo remunerado por el modelo forestal. Este modelo económico extractivista es un determinante profundo impuesto por el modelo neoliberal a través de la industria forestal con plantación de pinos y eucaliptus, lo que genera crisis hídrica ya que la falta de agua es una consecuencia directa, que destruye la economía de subsistencia (agricultura, crianza de animales) de la familia, con injusticia ambiental y territorial. Otro determinante que se suma es la pertenencia al pueblo *mapuche*, históricamente vulnerado, con menor acceso al poder político y mayores barreras para defender su territorio y en el debilitamiento de su identidad como *mapuche*.

Los roles de género se suman como proceso de determinación social, impactando desde la sociedad nacional sobre las estructuras de la sociedad y cultura *mapuche*; la migración femenina selectiva que ha dejado en la comunidad solo a los hombres, donde no hay mujeres jóvenes con quienes formar nuevas familias. Otra arista de esta compleja desarticulación es la inversión de los roles de género, sin que se llegue a un acuerdo entre los hermanos de cómo podría producirse: en la cultura tradicional el hombre es el encargado de hacer producir la tierra y la hija menor la que cuidaba a los padres ancianos. En este caso se ha producido un complejo fenómeno donde se interrelacionan pobreza, migración y género, bloqueando el proyecto de vida de este joven de salir de la comunidad, y donde además se ve sobrecargado con el rol de cuidar de sus padres ancianos en precarias condiciones económicas y de salud. Finalmente se suma el aislamiento geográfico con ruralidad extrema, ya que el sujeto vive en un sector cordillerano, lejos de servicios, con un aumento de los costos de transporte que dificulta el acceso a todo: salud (CESFAM), sanación (*machi*), mercados y redes de apoyo.

Las dimensiones del contexto sociocultural dan forma a su vida y malestar, que se expresan en diferentes ámbitos:

Comunitario: mediante el conflicto territorial con el vecino, que no es solo interpersonal sino una lucha por un recurso vital (agua), debido a que el joven debe cruzar terreno ajeno para que sus animales beban del lago, lo que refleja la desesperación generada por la sequía estructural.

Espiritual y de Salud: el joven no se ve a sí mismo como “alcohólico” (una categoría biomédica), sino desde la cosmovisión *mapuche* como víctima de un *wesakutran* (un mal provocado por un tercero, el vecino)

y expresa su malestar con categorías culturales precisas: *Illkuñ* (rabia, frustración por su proyecto de vida truncado) y *weñankun* (tristeza profunda). Desde este modelo se plantea que la práctica de sanación lógica es buscar una *machi*, que es la especialista en diagnosticar y tratar el *wesakutran*.

Familiar: Como hombre joven y soltero (el menor), sobre él recae el mandato del cuidado de sus padres; el rol genera un aislamiento afectivo (“no hay mujeres en el campo... quién va a querer cuidar a los viejitos”) y trunca su proyecto de vida (“ser alguien”, trabajar en el pueblo). El conflicto con la hermana (violencia intrafamiliar, promesa incumplida) es una expresión de la extrema sobrecarga del cuidador y de la inversión de roles en que no se ha logrado un acuerdo.

Individual: hay una tensión identitaria en que la cultura se diluye (“familias muy *awingkadas*”), y si bien está “orgullosa de la cultura”, la realidad material (pobreza, falta de agua, aislamiento) la hace invivible, por lo que “preferiría irme al pueblo”.

La influencia de la cultura en el diagnóstico es clave, ya que la categoría aplicada de “Alcoholismo” del CESFAM es un error diagnóstico que además produce iatrogenia, reduce un síntoma social a una enfermedad donde ve a un “joven mapuche que bebe y pelea” y aplica el estigma de “alcohólico”, ignorando que el consumo es una consecuencia y no la causa del problema. Además olvida la función del consumo y su contexto, el relato del paciente es claro: no bebe solo y no tiene dependencia física, siendo su consumo de tipo social (fiestas, *palín*) y reactivo (cuando bebe, aparece el *illkuñ*, la rabia por estar atrapado). Así el alcohol funciona como un catalizador emocional y un lubricante social en un contexto de extremo aislamiento.

El diagnóstico de Alcohólico invisibiliza la etiología cultural, pues al diagnosticar “alcoholismo”, el CESFAM niega la validez del *wesakutran* y del *weñankun*, enfocándose en la conducta (beber) e ignora la experiencia de sufrimiento del paciente (sentirse embrujado, triste y atrapado). De esa manera despolitiza el malestar, dado que el diagnóstico de “alcoholismo” es individual y despolitizado, oculta que el problema de fondo es la sobrecarga del cuidador, la falta de agua por las forestales y la pobreza estructural. En resumen, la configuración diagnóstica correcta no es “Alcoholismo”, probablemente podría ir más en la línea de un “Trastorno Adaptativo con Ánimo Mixto (ansioso–depresivo)” o un “Síndrome de Sobrecarga del Cuidador (Burnout)”, y desde lo cultural es claramente un *wesakutran* y *weñankun*.

CASO 2

Hombre, de 60 años aproximadamente, hablante de *mapudungun*, desde niño participa en actividades de la comunidad, su madre fallece cuando tenía 5 años y su padre cuando tenía 10 años. Tempranamente inicia actividades laborales en el campo para mantener a su hermana menor, a cargo de unos tíos. Trabaja en labores agrícolas en un fundo vecino, recibiendo su primer pago a los 10 años.

Alrededor de los 15 años deja el domicilio de sus tíos y viaja a Argentina para tener mejores condiciones laborales, comenzando a beber con sus compañeros con quienes compartía pieza.

Regresa a Chile manteniendo el mismo consumo social de alcohol que sostuvo en su adolescencia en el extranjero; sin embargo, esta persistencia del hábito le trajo en forma recurrente algunos problemas de convivencia, especialmente en sus relaciones sociales y conyugales, al mismo tiempo que generó aumento del consumo de alcohol. No hay registro de un consumo intensivo de alcohol.

A los 27 años contrae matrimonio con una mujer que no es de la comunidad y la lleva a vivir al campo heredado de sus padres; se inician conflictos con la hermana, quien se molesta con esta unión ya que tuvo que dividir el terreno. A partir de este evento y hasta la actualidad, su esposa mantiene una relación conflictiva con la cuñada y la sobrina. Durante su matrimonio tienen tres hijos, actualmente de 37, 34 y 29 años, todos con enseñanza media y estudios técnicos.

Expresa que “ir a la *machi* es perder la plata...prefiero ir a médico, a que me hagan un examen y así saber dónde está la enfermedad, porque la *machi* da remedio y no sabe lo que uno tiene”; sin embargo, su señora sí consulta a *machi*. Él, por su parte, participa de las celebraciones tradicionales de la comunidad, como los *Wetripantu*, *Nguillatun*, *Mingaco* y Funerales con el objetivo de tener una buena relación con sus vecinos. Narra que desde la infancia participa en estas actividades, consumiendo *muday* y *chicha* desde los 5 años de edad, asegurando que ambas bebidas para él no son alcohólicas.

Resumen de la ficha clínica

Inicialmente no reconoce consumo de OH. El 5 de abril del 2017 asiste a control psicológico derivado por médico de la posta debido a la pesquisa de consumo alcohólico, baja de ánimo y conflictos relacionales. Se sospecha sintomatología depresiva. Paciente reporta consumo de vino. Frecuencia: 2 a 4 veces al mes. Cantidad: 3 o 4 tragos (AUDIT-10). Estas cantidades fueron aumentando progresivamente, sin llegar a un consumo adictivo.

Consumo asociado a sentimientos de tristeza, fatiga y desánimo. Reporta problemas con su esposa, a quien describe como “irritable y mal genio”. Médico inicia tratamiento con Sertralina e indica asistencia a controles con psicóloga.

El 21 de noviembre del 2018 el paciente asiste a control psicológico derivado por enfermera de la Posta, posterior a control cardiovascular, por sospecha de aumento del consumo de OH: “olvidos, problemas de memoria y de concentración, desánimo la mayor parte de los días”.

5.2. Determinaciones Sociales y dimensiones del contexto sociocultural: pilares para la comprensión y explicación e interpretación del caso 2

En este caso se ve claramente cómo la inequidad social y económica está en la base de la situación, al quedar *kuñifal* (huérfano, sin guía ni soporte para la vida) debió irse a vivir con tíos, que por lo que se deduce también eran muy pobres. Si bien los patrones tradicionales apoyan la idea de que los niños desempeñen actividades agrícolas como parte de una economía de subsistencia y protegidos por la familia, en este caso se rompe ese patrón y debe salir a trabajar a un fundo vecino, asumiendo responsabilidades laborales y tareas de proveedor precozmente, lo que además lo fuerza a emigrar al extranjero.

La discriminación étnica se aprecia en la segregación que sufre como parte del pueblo *mapuche*, sin que el Estado de Chile lo apoye con programas sociales ni acceso a servicios de apoyo ni respeto a los derechos humanos básicos.

El eje sexo/género lo pone en una situación de alta vulnerabilidad, ya que debe asumir un rol masculino como proveedor de la mantención propia y de su hermana en una etapa muy temprana del ciclo vital y con una escasa red de apoyo.

Dimensiones y Contexto Sociocultural

El rol de proveedor que lo lleva a salir a trabajar y ganar dinero, a su vez lo enfrenta a recibir salario, iniciándose a los 15 años en el consumo de alcohol con sus pares. La falta del territorio y las redes lo llevan al desarraigo que debilitó su identidad *mapuche* y su *fezentun* (sistema religioso espiritual), ya debilitado por el hecho de estar *kuñifal* y desvalido en el mundo, con carencia afectiva de los familiares y sin la presencia de abuelos paternos y maternos que lo orienten, por tanto sin *ngulam* (consejos) de cómo comportarse.

No obstante, en lo sociocultural y como factores protectores se puede mencionar que posee un *küme che*, una fuerza interior positiva, ya que pese a la adversidad vivida logró formar una familia; además proviene de un *küme kupalme* (tronco familiar de buenos pensamientos), ya que se hace responsable de su hermana, vuelve a sus tierras y además le importa mantener vínculos comunitarios armoniosos.

Aún cuando no cree en *machi*, posee *wentru ngen* (fuerza masculina), ya que trabajó desde temprana con un propósito de vida.

La influencia de la cultura en el diagnóstico.

Desde el punto de vista cultural *mapuche*, el despojo de su *fo-lil* (raíces) influye en el dolor de su *püllü* (alma, espíritu, energía vital), pudiendo reflejarse como indicadores de su *illkuñ* (irritabilidad, rabia) y *weñankun* (tristeza, ánimo bajo).

El conflicto familiar con la hermana influye en su malestar, ya que es su principal lazo familiar; sin embargo, al volver a sus tierras no es bien recibido por ella. Si bien faltan datos para saber por qué la hermana tiene este “comportamiento”, se piensa que el doliente puede tener un *kulpan/yafkan*, sentimientos de pérdida o culpa por pérdida del *feyen-tun* (cosmovisión del ser *mapuche*).

En síntesis, el grupo señala que el consumo temprano de alcohol viene de un sufrimiento emocional de ser *kuñifal* por la pérdida de los padres, abandono del hogar, responsabilidad asumida en su niñez, sin contención afectiva, con duelos no elaborados y sentimientos de soledad que lo han acompañado durante su vida adulta. Así, el consumo de alcohol aparece como una medida para enfrentar las adversidades. Por otro lado, si bien existe un vínculo con su cultura, no hay al parecer una identidad profunda, lo que refleja una desconexión con su espiritualidad y pérdida de su confianza en las formas de sanación con *machi*.

Desde la cultura *mapuche* se plantea la necesidad de abordar el proceso terapéutico considerando la dimensión emocional, espiritual y comunitaria, favoreciendo el espacio de contención que integre el acompañamiento psicológico, trabajar junto a la *machi* para reestablecer el *küme mongen* y el fortalecimiento de su *ad che* como elemento central de la atención. La responsabilidad como funcionarios de salud es el bienestar de los usuarios, por lo que el abordaje debe ser integral y de forma continua, para evitar en lo posible un retroceso.

5.3. Determinaciones Sociales y dimensiones del contexto sociocultural: pilares para la comprensión y explicación e interpretación del caso 3

La condición socioeconómica: es baja, con ingresos inestables provenientes de labores agrícolas, no posee un empleo formal. A pesar de esto, cuenta con vivienda propia y condiciones básicas cubiertas (luz, agua, baño y huerto familiar), lo que constituye un factor protector dentro de su contexto. La ruralidad ha dificultado su acceso a la educación y a servicios de salud oportunos; condiciona también su aislamiento, limitando la oferta de programas preventivos y de tratamiento para el consumo de alcohol. Además, se le agrega el costo económico y logístico de traslado a la ciudad, ya que gran parte de las atenciones se concentran

CASO 3

Hombre de 66 años, componedor de huesos (*ngutamchefe*), hablante de *mapudungun*, reside en una comunidad rural de la comuna de Padre Las Casas, siempre ha vivido en el mismo lugar. Casado por ley civil y por costumbre *mapuche*, enseñanza básica completa, pequeño agricultor. Tiene Fonasa A, vive con su esposa, tiene 5 hijos y 5 nietos, en la actualidad vive con ellos su hijo mayor. Su vivienda es relativamente nueva, amplia y acogedora, con servicios básicos de luz eléctrica, agua de pozo y baño al interior de la vivienda, entorno bien cuidado y trabajado, con un jardín y huerta donde hay siempre izada una bandera *mapuche*.

Relata que es el penúltimo de sus hermanos (4 ya fallecieron). Durante su infancia vivió a las orillas del río, junto a su padre, madre y hermanos. Su madre era *machi* y fue criado en forma muy estricta, ayudaba en labores del campo como cultivar y cuidar animales junto a su padre y cuidaba a su hermana menor cuando su madre realizaba actividades de sanación.

Para terminar su enseñanza básica viajaba en bote y luego tomaba micro para llegar a la escuela; no lo recuerda como un sacrificio, no continuó sus estudios porque sus hermanos decidieron que debía cuidar y ayudar a sus padres. Desde los 18 años comenzó a ayudar a su madre en sus tareas de *machi*, los primeros dos años como aprendiz de *dungul machife* (rol de intérprete ritual que cumplía su tío abuelo). Cuenta que su madre tuvo un rol importante en todas las decisiones que tomó en su vida, él estuvo a su lado hasta que ella falleció. Recuerda que desde su niñez bebía *muday* en algunos de los rituales que realizaba su madre y hacía aspersiones con aguardiente como ayudante del ritual; hasta los 18 años sus padres eran muy estrictos, no lo dejaban beber vino; y cuando participaba en torneos de fútbol, al volver a casa era olfateado por su madre.

Cuando se casó a los 21 años, construyó su pequeña casa al lado de la de sus padres. En esa época empezó a trabajar en el plan de absorción de empleo que tenía el gobierno, iniciando un consumo frecuente de bebidas alcohólicas, especialmente vino y cerveza. A los 23 años empezó a beber otros destilados.

Refiere que su consumo problemático de alcohol se origina por problemas familiares, concretamente por conflictos con sus hermanos después que fallecieron sus padres; cuenta que cuando falleció su padre se mudó a vivir con su madre para acompañarla; sus hermanos lo vieron como un gesto para quedarse con los bienes familiares, animales y propiedad.

En ese periodo se agudizan los conflictos con sus hermanos, sobre todo con su hermana mayor, a la que incluso pensó en matar: “sentía una voz que me decía que lo hiciera”. Al mismo tiempo narra que ya no sentía la presión de los padres para controlar su ingesta alcohólica, por lo que en reuniones familiares y tras consumo de alcohol –generalmente vino–, las diferencias afloraban, generando mutuas agresiones entre ellos. Manifiesta que consumía alcohol en esta época para apagar la rabia que sentía.

Para superar el consumo de alcohol, recurrió a tratamiento biomédico en más de una oportunidad, pero lo abandonó por mala tolerancia a

los fármacos. Relata que “sentía más ganas de beber”, incluso sufrió un atropello en estado de ebriedad mientras caminaba en la carretera durante la madrugada, que resultó en una contusión costal.

Hace unos años su esposa, cansada de los malos tratos recibidos bajo influencia del alcohol, se fue del hogar, recibiendo apoyo de sus hijos y vecinos. Por sugerencia de ellos decide asistir donde una *machi*, a la que lo acompañan su esposa y una hija, ambas motivadas en ayudarlo a salir del consumo, ingresando a un tratamiento con *machi* por aproximadamente 3 meses.

Resumen de la ficha clínica

2001: Consultorio Miraflores, inicio tratamiento, posteriormente lo abandona.

2004: Esposa solicita ayuda a la asistente social en Posta rural por alcoholismo de su marido.

2007: Se aplica AUDIT en CESFAM, ingresa a programa de salud mental desde noviembre 2007 hasta octubre 2008.

2013: Rechaza tratamiento médico debido a mala tolerancia a fármacos.

2015: 6 meses sin consumir OH, sufre recaída, reingresa a programa salud mental.

2016: En forma paralela a tratamiento médico inicia tratamiento con *machi*.

en el ámbito urbano.

La pertenencia étnica: desde joven asumió roles tradicionales, primero como ayudante de su madre *machi* y posteriormente como *dungul machife* (el que traduce o lleva la palabra de la *machi*) y actualmente como *ngutamchefe* (componedor de huesos). Se deduce que fue criado en un ambiente cultural altamente tradicional, donde el *muday* se bebía con fines ceremoniales y el aguardiente solo se usaba para aspersiones (rociar expulsando a través de la boca para purificar personas, objetos y lugares.). No hubo consumo de alcohol.

Abandono de la educación: esto originado por la necesidad de asumir funciones de cuidado familiar y apoyo a sus padres. Se identifica una estructura familiar con pérdidas significativas, con conflictos familiares por herencia de bienes y una red de apoyo limitada en su familia extensa. A pesar de haber constituido su propia familia, el consumo de alcohol se manifiesta como medio de afrontamiento emocional. Afectó su dinámica conyugal con deterioro de su salud mental.

Género: su posición como hombre dentro de una estructura familiar tradicional refuerza el lenguaje privado de las emociones, lo cual puede

haber potenciado el consumo de alcohol como vía de escape frente a la frustración o la rabia.

En síntesis, todos los determinantes sociales de tipo estructural descritos se vinculan con un acceso desigual a la salud; si bien ha tenido contacto con el sistema biomédico, no ha tenido acompañamiento psicoterapéutico sostenido ni enfoque culturalmente pertinente, lo que contribuye a la complejidad de su problema de consumo y a la falta de adherencia a los tratamientos.

Dimensiones del contexto sociocultural

Familiar: creció bajo la guía de su madre, quien desempeñaba el rol de *machi*, y de su tío abuelo, figuras centrales en la transmisión de saberes y prácticas propias del *mapuche mongen*. Desde su niñez participó en el traspaso intergeneracional de conocimientos vinculados al *lawen*, al *dungul machife* y al *ngutamchefe*. En ese entorno los límites eran estrictos respecto de la ingesta de *muday* y uso de alcohol solo como aspersiones en contexto ritual. Con la muerte de su madre pierde su principal referente en la contención y orientación espiritual y afectiva, lo que genera una ruptura en el orden familiar y en la continuidad de los saberes tradicionales. Al parecer careció de apoyo familiar y comunitario para continuar su rol como *dungul machife*.

Comunitaria: ocupa un rol reconocido como *ngutamchefe*, que lo posiciona socialmente como una figura de servicio y sabiduría, pero también carga la desestructuración de su mundo simbólico y social.

Espiritual: eje organizador de su vida que se afectó por las pérdidas familiares, generando un vacío significativo en la pertenencia y propósito vital. En este marco, su consumo de alcohol podría entenderse también como una forma de desconexión y desregulación espiritual. Cabe señalar que en el proceso de atención en salud no se consideraron alternativas de tratamiento que integraran la medicina *mapuche* o la cosmovisión de la persona, lo cual habría favorecido una atención más pertinente culturalmente. Es importante destacar el hecho que se trata de una persona *mapuche* que crece al amparo y protección de la cosmovisión y las prácticas espirituales propias de su cultura, incluso cumpliendo roles como agente de sabiduría y sanación en su pueblo; pero dadas las pérdidas acumuladas en el curso de su vida, se transforma en una persona vulnerable y requirente de ayuda para su salud física y mental. Este caso nos pone en alerta respecto de la necesidad que tiene el equipo de salud de estar siempre atento a los riesgos de enfermar y terminar siendo víctima de la adicción al alcohol, más allá de sus roles espirituales y curativos.

Influencia de la cultura en el diagnóstico

El consumo de alcohol del paciente debe interpretarse en su contexto social y cultural asociado a prácticas rituales y de sanación espiritual, donde el uso de aguardiente en aspersiones —que no se bebe sino se expulsa desde la boca para purificar los espacios rituales— y el consumo del *muday* tenían un sentido ceremonial y comunitario. Sin embargo, tras la pérdida de su madre, quien controlaba y prohibía estrictamente el consumo de alcohol, sumando a esto los conflictos familiares, el alcohol adquirió una nueva función: aliviar la rabia, la soledad y el dolor.

En este sentido, el consumo se convierte en un mecanismo de afrontamiento frente a tensiones emocionales y sociales, más que en un simple trastorno adictivo. Con el tiempo, el alejamiento de su comunidad y de las prácticas rituales, el inicio de la vida laboral, social y matrimonial sumado a las pérdidas familiares provocaron un desequilibrio espiritual, afectando su *newen* y su *püllü*. Esta desconexión contribuyó a un proceso de vulnerabilidad emocional que derivó en el consumo de alcohol con una función distinta: ya no ritual o colectiva, sino compensatoria y desregulada, orientada a aliviar malestares psíquicos y existenciales.

Desde la cosmovisión *mapuche*, este desequilibrio se entiende como una pérdida de armonía interna y con el entorno, que debilita la condición de *che* y su vínculo con las fuerzas espirituales. Así, las “voces” que el usuario refiere podrían interpretarse no necesariamente como un síntoma psicopatológico, sino como una manifestación de desbalance espiritual asociada al debilitamiento de su *newen* producto del dolor emocional, los conflictos familiares y el uso de alcohol.

Por tanto, la configuración diagnóstica del caso requiere un enfoque intercultural y holístico, que reconozca los significados culturales del consumo y las nociones propias de salud y enfermedad dentro del pueblo *mapuche*. En el proceso de atención habría sido pertinente vincular al usuario con líderes espirituales de su comunidad o con agentes de salud *mapuche*, de modo de favorecer la recuperación de su equilibrio espiritual y social y no reducir su situación únicamente a un trastorno por consumo de alcohol desde el modelo biomédico.

6. ABORDAJES INTEGRAL INTERCULTURAL Y HOLÍSTICO: LO RELACIONAL COMO ASPECTO CLAVE

El contar con un abordaje Integral y holístico, en que se debe actuar simultáneamente en las causas estructurales, la dinámica familiar y el malestar individual es requisito imprescindible al abordar el beber problema. En lo aplicado al quehacer clínico, psicosocial y sociocultural, se requiere de una metodología que integre y relaciones lo que aparece como aspectos particulares de una realidad con un sentido de totalidad.

Por lo anterior, el fenómeno específico en cuestión —en este caso el beber problema— debe ser interpretado siempre desde este prisma relacional de influencia constante, entre lo propiamente individual y los procesos más generales en los que se desenvuelve la existencia y, por ende, el proceso salud – enfermedad – padecimiento – atención – sanación.

Este esfuerzo de abordaje holístico y relacional ha sido realizado por todos y cada uno del que participaron en los 3 talleres sobre los que se construyeron estas orientaciones y constituyen la piedra angular de los siguientes lineamientos.

Las orientaciones de abordaje de atención para contar con pertinencia cultural deberían tender a:

- Promover los estudios de casos que otorgan una visión amplia, integrando tanto la visión biomédica como la cosmovisión *mapuche* de manera complementaria.
- Incorporar la perspectiva familiar y el rol del responsable y dueño del enfermo o *ngen kutran*, puesto que cumple un rol activo en el cuidado, acompañamiento y responsabilidad sobre el enfermo, a diferencia del modelo occidental donde el individuo decide de manera autónoma.
- Fortalecer el diálogo entre ambos modelos de salud, articulando el saber médico con el saber tradicional, que implica la conside-

ración simultánea de todos los aspectos que se han movilizado en torno del padecimiento del sujeto, lo que incluye los planos espirituales, culturales, psicológicos y biológicos.

- Establecer la acción sobre esta premisa epistemológica o manera de enfrentar los mundos culturales en relación a una práctica integral, interdisciplinaria e intercultural, que ponga en diálogo los diferentes saberes y formas de ofrecer sanación, apoyo y acompañamiento, con un intercambio enriquecedor, respetuoso y complementario.
- Considerar desde el modelo biomédico una evaluación médica a objeto de descartar la presencia de eventuales repercusiones o afectación de la salud física del paciente. El nivel primario de atención es un buen espacio para este reconocimiento biomédico y clínico, sin perjuicio de que hay otra mirada sobre la perturbación del cuerpo físico, la que tiene el médico indígena y que debe ser puesta en diálogo con la del equipo de salud.
- Aportar en un tipo de trabajo interdisciplinario e intercultural que vaya generando espacios de diálogo colaborativo entre el equipo médico y los *amuldungufe* o asesores culturales con la *machi*, *lawentuchefe* o *werken*. Estas instancias permiten integrar los saberes de ambos sistemas, tanto biomédico como *mapuche*, con intervenciones complementarias que aborden el bienestar físico y el equilibrio espiritual y emocional.
- Reconocer y recoger las matrices culturales y metodologías propias del pueblo *mapuche*, como el *pentukun* o protocolo que propicia un diálogo respetuoso donde se indaga de manera interrelacionada sobre los ámbitos físico, espiritual, emocional y social del *kutranche*, o persona enferma, incluyendo además el entorno y las relaciones con la familia y la comunidad. Este tipo de protocolo debe permitir comprender de manera integral la situación del usuario y co–construir un plan de intervención culturalmente significativo.
- Fortalecer el vínculo terapéutico a través de las epistemologías y maneras de ver el mundo reflejados en la lengua *mapudungun* como una herramienta que no solo favorece la confianza y el respeto mutuo entre el usuario y el equipo de salud, sino permite adentrarse en el mundo *mapuche* de una manera significativa y comprensible para el *kutranche*, el *ngen kutran* y su familia. La comunicación en su idioma permite el acercamiento profundo a su cosmovisión y la comprensión de su experiencia de salud–enfermedad; por tanto, el plan de tratamiento debe basarse en la ora-

lidad y en el dominio del lenguaje del usuario/a con el apoyo del *amuldungufe*.

- Incluir desde el inicio del abordaje del caso o problema al *amuldungufe*, contemplando tanto su opinión como la del *kutranche* y *ngen kutran* asegurando que participen en el análisis integral e intercultural del mismo, así como en la visita domiciliaria y finalmente en el acuerdo del plan de tratamiento integral e intercultural junto al equipo.
- Consolidar el rol del *amuldungufe* para que dirija el *nutramkan* (conversa), entregue el *ngulam* (consejo) e indague para conocer en profundidad sobre las emociones, identidad y pertenencia al pueblo *mapuche*, así como los mundos conflictivos que están produciendo el problema, así como también sobre el posible tratamiento con medicina *mapuche*.
- Fomentar en el equipo de salud en general el abordaje integral, extendiendo en la medida que la factibilidad lo permita la atención en la casa y *mapu* (territorio) de las personas que solicitan o requieren la atención de salud, puesto que la acción en el box no es suficiente y se requiere el trabajo domiciliario del equipo y la apertura al encuentro abierto con la familia y la comunidad en su propio hábitat. Ello es condición que fortalece la calidad de la relación equipo de salud – sujeto enfermo.
- Ampliar el radio de acción de los equipos incluyendo otras redes en el trabajo, con actividades que fortalezcan el dialogo intercultural y la cultura del *kutranche* sobre todo lo referido a la espiritualidad y restablecimiento del equilibrio perdido que ha producido el problema.
- Incluir la perspectiva familiar y comunitaria propiciando un *kume nutram* (buena conversación) con las personas de la familia con quienes ha existido o existe conflicto, buscando apoyo de autoridades del territorio, como *longko* o un familiar o sabio *kimche* para que pueda ser un *rañilwe* o mediador.

7. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS Y DE SANACIÓN PARA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO Y ADICTIVO DEL ALCOHOL EN LAS COMUNIDADES *MAPUCHE*

7.1. Consideraciones generales

Las estrategias se basan en el “diálogo de saberes”, lo que implica una colaboración participativa entre el sistema médico institucional y el tradicional *mapuche*.

Esto implica estimular la conversación dialógica entre los profesionales y técnicos del sistema hegemónico, los sanadores y representantes de la comunidad y el sujeto afectado, con su familia mediante el *nuntrankam*.

Se requiere de esfuerzos compartidos destinados a lograr consensos y acuerdos básicos en torno a una perspectiva comprensiva y explicativa sobre la enfermedad y/o el padecimiento concreto que presenta la persona. Del mismo modo, promover el diseño de estrategias de acción terapéutica provenientes de ambos sistemas médicos, que puedan interactuar frente al caso potenciándose mutuamente, en un contexto de aceptación de la diversidad y flexibilidad en la praxis sanadora.

Por una parte, el modelo convencional aporta sus conocimientos de aquellos aspectos provenientes de los componentes mórbidos, categorías diagnósticas y conjuntos sintomáticos a través de los que se expresa la enfermedad o malestar, al mismo tiempo que el sistema *mapuche* opera desde los marcos de la cosmovisión *mapuche* del *we-sakutran* y el *weñankun*, favoreciendo la producción de consensos básicos desde la interculturalidad, con una perspectiva de totalidad, capaz de integrar los aspectos biológicos, psicológicos, socio antropológicos y espirituales presentes en el caso concreto.

Es fundamental la preocupación permanente del equipo de salud por validar la figura, los saberes y roles diferenciados que actúan en la sanación de la enfermedad alcohólica: *machi*, *lawentuchefe*, *longko*, *amuldungufe*, *kimche*, *ngen kutran* y el propio *kutranche*. La participa-

ción amplia es garantía de reconstrucción del sentido de comunidad, cosmovisiones y pertenencia del sujeto a su comunidad y su reconexión con su *newen* y *püllü*.

Estas acciones se deben centrar en el adicto en tanto miembro de una comunidad de pertenencia con la cual ha deteriorado sus vínculos, identidades y sentido relacional. Es necesario recuperar su lugar en el territorio y la tierra, reencontrarse con sus sistemas valóricos y con su espiritualidad en busca de una salud integral y del *kume felen*.

La evaluación de la salud del afectado debería ser explorada con preguntas que indagan no sólo los aspectos sintomáticos clásicos del enfermar sino también las formas de vida, el funcionamiento familiar, los vínculos comunitarios, al modo del *chaliwun*, la historia espiritual y las prácticas tradicionales propias de su cultura.

Será indispensable superar la concepción verticalista y monológico del saber en salud abriendo la puerta a la incorporación, a plenitud, de otras formas de entender el enfermar y, con ello, la participación de los sanadores, que son poseedores de estas formas diferentes, alternativas o complementarias de aportar a la sanación del sujeto.

El equipo de salud debe actuar permanentemente desde la perspectiva no solo de la intrasectorialidad sino también de la intersectorialidad en la solución de aspectos psicosociales, las condiciones socioeconómicas y culturales, situaciones como la pobreza, el desempleo, el problema territorial, el impacto medioambiental de las nuevas formas de explotación agrícola en la Araucanía, etc.

Se debe priorizar el manejo interdisciplinario e intercultural del consumo de alcohol, en el caso singular concreto y como preocupación extendida hacia la comunidad en términos de pesquisa oportuna de casos, prevención y fomento de la salud, en el contexto del *küme mongen*.

7.2. Estrategias y metodologías posibles para el trabajo terapéutico y la sanación

Implica la construcción de espacios concretos de intercambio en torno a los casos que son sujeto–objeto del trabajo de reparación en salud, inscritos en la cotidianeidad del quehacer, tanto del equipo de salud como de los sanadores indígenas

De estos encuentros interculturales en salud debe salir como producto un plan terapéutico conjunto, que contemple como prioridad el tratamiento del *wesakutran* y experiencias de sufrimiento como el *illkun* y el *weñankun*, en torno de los cuales el dispositivo sanitario involucrado debe ser un actor facilitador y de apoyo para su aplicación.

Las acciones reparatorias de la salud mental deben integrar prácticas propias de la cultura *mapuche*, con las cuales el sujeto puede identificarse con más facilidad; en ese sentido operan las actividades asociadas a oficios tradicionales como *wizufe*, *mamüllfe*, *rütrafe* y otros que contribuyen a reforzar la identidad cultural *mapuche*, que está dañada por el consumo de etanol y afecta el sentido de pertenencia étnica.

Importante será la reconexión del sujeto con su ambiente natural, con la tierra, lagos, ríos y el territorio, la recuperación de sus tradicionales formas de alimentación, el ejercicio físico, de manera que la ecología profunda de los ecosistemas y la inmersión en la naturaleza entregue equilibrio espiritual, fortaleza y tranquilidad.

El equipo de salud debe ser además facilitador permanente de la práctica colectiva comunitaria en los procesos de sanación, un apoyo para las decisiones de la *machi* en cuanto a implementación de rituales de cura como el *nguillatun*, que convocan a variados actores sociales en las rogativas. Se trata de formas de superación del padecimiento de gran rendimiento en el caso del beber problema y el alcoholismo.

El psicólogo se abre a una interpretación del proceso mental y espiritual aquí comprometido, superando el marco restrictivo del lenguaje de morbilidad psiquiátrica y de una comprensión biomédica de los duelos por otra que los inserta en el ámbito del *weñankun*. Esto puede implicar su aproximación a la colaboración con el sanador indígena para el manejo de ambos aspectos del problema.

El dispositivo de salud, CESFAM, CECOF, COSAM y cualquier otro debe superar con estos fines las restricciones que produce la atención individual, en el box y con un tiempo escaso, por su presencia junto a los sanadores en el territorio, en el hogar del enfermo, compartiendo in situ la realidad biopsicosocial en la que se manifiesta y reproduce el consumo riesgoso de alcohol. Es garantía de la producción de un sólido vínculo terapéutico entre el sistema oficial, la comunidad y su enfermo. La APS es la estrategia clave para estos fines.

La relación vincular es individual y colectiva al mismo tiempo, el trato con el sujeto alcohólico debe realizarse teniendo como base la conversación tranquila, respetuosa y con capacidad de escucha por parte del equipo. El *nütram* es una práctica muy útil para este objetivo, tiene un enfoque ritual que debe ser conocido y respetado por el equipo de salud, que parte con el *pentukun*, protocolo de saludo que abre la puerta a las confianzas cruzadas, a la expresión del sufrimiento padecido; involucra la participación de familiares y líderes de la comunidad con la finalidad de elaborar colectivamente la estrategia de trabajo para abordar el consumo de alcohol y el tipo de sanador adecuado para intervenir en el caso.

Es importante la designación de un Gestor o Coordinador del caso, que opera como intercomunicador entre los actores sociales, comunitarios e institucionales que intervienen en la sanación, desde una dimensión de interculturalidad. Se asocia al desarrollo del Plan de Cuidado Individual que interconecta acciones biomédicas y de sanación tradicional.

La red de apoyo se fortalece en la medida que se co–construyen estas iniciativas mientras se consensuan las metas de sanación, los objetivos específicos de intervención y se asignen responsables de los diversos procedimientos terapéuticos que de aquí emanen.

7.3. Más allá del enfoque individual y clínico: prevención, gestión y gobernanza del alcoholismo desde la interculturalidad

Frente a las limitaciones de recursos de todo tipo para la asistencia oportuna y de calidad del sujeto adicto, se hace necesario gestionar los recursos faltantes ante las autoridades que corresponda, en un esfuerzo compartido de demandas de ambos sistemas de salud: contar con horas de atención protegidas, ajustes de cobertura y rendimientos asistenciales, financiamiento adecuado del trabajo en el territorio asociado y movilización garantizada para el equipo, programación consolidada de las acciones de salud en la ruralidad y los domicilios, con adecuado reconocimiento en términos de producción estadística y de validación de las nuevas formas de trabajo que en la actualidad no tienen espacio en los sistemas de códigos vigentes en los registros oficiales.

Las estrategias de sanación colectivas de corte comunitario, con inclusión de redes primarias y secundarias, vecinos y líderes del territorio deben estimular las acciones de superación del consumo desde la ayuda mutua, el *kelluwun*, que rompe el abandono social y el aislamiento, al mismo tiempo que estimula los actos de solidaridad de los pares con la familia sufriente. Ejemplos de ceremonias en comunidad son el *ulutun*, el *machitún*, la terapia socializada con *lawen*.

El *nüttram* estimula la relación colaboradora entre ambos sistemas médicos, lo que facilita el encuentro intercultural.

Complementariamente, el equipo de salud participa en la mantención del vínculo profesional con el paciente alcohólico, la familia y su comunidad, monitorea el proceso, está atento a eventuales complicaciones biomédicas, provee tratamientos desde su ámbito en relación estrecha con los sanadores *mapuche*.

El equipo de salud provee oportunamente la medicación biológica y psicológica que el caso requiere según la severidad del consumo, con criterios de oportunidad, continuidad y calidad de la atención; igualmente, obtiene los recursos para la aplicación de procedimientos diagnósticos, exámenes de laboratorio y, excepcionalmente, manejo en el nivel terciario si hay riesgo mayor para la integridad del sujeto. El tratamiento integrado en una perspectiva de interculturalidad debe ser llevado con una observación integral, de largo plazo, en la que ambos sistemas médicos interaccionan y dialogan mientras evalúan su evolución.

El manejo del alcoholismo como problema de salud pública en la comunidad *mapuche*, siendo uno de los más complejos desafíos que enfrenta el Estado y las propias comunidades, no puede dejar de contemplar como preocupación permanente, a partir del caso a caso, la prevención y la promoción en torno a este problema. Junto a la producción de políticas públicas, debe considerarse la co–construcción de estrategias dirigidas a estos ámbitos con el concurso activo y participativo del sistema médico *mapuche* y su comunidad, cuidando siempre su pertinencia intercultural. Foco clave es la familia, cuya educación dirigida le permite comprender mejor la enfermedad alcohólica, sus riesgos y las formas de abordarlo; su participación en el *pentukun* familiar le permite dialogar, apoyar al sujeto, dar contención de grupo, identificar recursos protectores y fortalezas que favorecen la recuperación de la salud en un marco de responsabilidad compartida.

Será necesario elaborar un catastro local actualizado de sanadores y espacios de sanación, destinado a facilitar los procesos de derivación de casos, referencias y contra referencias, así como articulaciones para el seguimiento y monitoreo de los mismos entre equipos de salud y sanadores indígenas. Esto favorece la red territorial de cuidados y asistencia integral del sujeto con problemas de consumo.

Ambos sistemas médicos se preocupan por la capacitación participativa, crítica y constante, con focos en el conocimiento de los saberes de un otro con el que colaboramos en las tareas reparatorias y también en el fortalecimiento de las competencias interculturales. Esto implica la activación de espacios permanentes de encuentro y reflexión entre ambos sistemas médicos, con participación abierta y no discriminatoria de los diversos actores involucrados. El *nutram kawun* es un espacio culturalmente pertinente para estos objetivos de participación y capacitación mutua.

8. A MODO DE SINTESIS: ORIENTACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DEL BEBER PROBLEMA EN PERSONAS Y COMUNIDADES *MAPUCHE*

La perspectiva emergente en los talleres que dio origen a estas orientaciones se ha definido como un pilar central del trabajo con las diferentes formas que adquiere el consumo de alcohol en el pueblo *mapuche* —desde el beber normal, al problemático y la dependencia— al hecho de producir acciones de salud multidimensionales, con base en las determinaciones sociales, desde una relación dialógica e integral de los saberes y práctica entre los sistemas médicos intervinientes —la medicina oficial y la medicina *mapuche*—, con una perspectiva de interculturalidad crítica y transformadora en un escenario de interdisciplina y variabilidad flexible de roles, experticias y especialidades.

En los casos descritos de beber problema hay una fuerte conexión entre los problemas personales, la falta de identidad cultural, la falta de soportes familiares, la migración, la desintegración de los colectivos sociales y socioculturales descritos. Lo que se propone desde una mirada antropológica y médico-social es un cambio de enfoque que busca identificar las consecuencias del beber problema a nivel del sujeto, la pareja, la familia, la comunidad y la sociedad, relativizando los criterios cuantitativos y poniendo énfasis en las consecuencias sociales para los afectados.

En esta misma línea se sugiere reforzar aspectos como la identidad cultural y los vínculos familiares y socioculturales que la sostienen, ya que varios estudios han mostrado que el beber problemático se produce en escenarios que interactúan favoreciendo el debilitamiento y la desvalorización de la identidad cultural, con realidades sociohistóricas y político-económicas como la pobreza, marginalidad y conflictos territoriales, todos ellos en cuanto determinantes estructurales de la adicción al alcohol etílico.

Dado que las bases del problema están fuertemente determinadas por fuerzas sociales como la desigualdad, las inequidades y la injusticia social, el racismo, el despojo y la discriminación, los desafíos son

por supuesto cambiar del modelo biomédico hegemónico individual y ahistórico, que considera al alcoholismo en forma unilateral y restrictiva como una enfermedad, hacia un modelo holístico, intercultural y participativo, basado en epistemologías y metodologías descolonizadoras. Esta otra forma de entender los desafíos de salud y bienestar social que derivan de la adicción al etanol está orientada por las formas propias de comprender y enfrentar estos temas como el *küme mongen*, base de la salud colectiva y comunitaria, en un contexto de recuperación de la identidad, la lengua originaria, el respeto a los derechos colectivos y consuetudinarios.

En esta línea, hay que reposicionar la medicina *mapuche* como un sistema médico socio–espiritual y biológico que le da un sentido al sufriente y a su grupo familiar, reposicionando y armonizando los roles y conflictos vinculares, familiares y sociales. En esta perspectiva de pertinencia intercultural las y los agentes de medicina *mapuche*, los *longko* y *kimche*, los *amuldungufe* o asesores culturales son todos actores relevantes e imprescindibles, no solo para abordar estos problemas en las comunidades y personas *mapuche* sino para ampliar el modelo de salud comunitaria al enfrentar los temas de alcoholismo, centrándose en la experiencia humana con una perspectiva flexible y sensible a la diversidad y el pluralismo.

Para avanzar en la perspectiva de esta propuesta se requiere además tener en cuenta las consideraciones siguientes.

- Priorizar el marco de los derechos humanos, los derechos constitucionales, el diálogo intercultural territorial, todos elementos imprescindibles para abordar con pertinencia intercultural el beber problema en las comunidades *mapuche*.
- Es un desafío compartido para todos los actores en materia de tratamiento de la dependencia al alcohol el entender la cultura de manera dinámica y compleja, en un diálogo de saberes que integre modelos médicos y racionalidades diversas, en un contexto de pluralismo médico y diversidad socio territorial y sanitaria desde un escenario vital de carácter colectivo, que está determinado por la colonización y el neocolonialismo, el trauma histórico y su proyección trans e intergeneracional.
- Es preciso abrirse a un nuevo paradigma basado en las epistemologías del buen vivir, anclado en las experiencias situadas, concretas y cotidianas de personas *mapuche* y sus patrones pasados y actuales de ingesta de bebidas alcohólicas.
- Considerar el “trabajo de la cultura” como herramienta fundamen-

tal donde se destaca la oralidad del *mapudungun*, el *nutramkan* como diálogo colectivo y participativo que ofrece la posibilidad de comprender y buscar alternativas terapéuticas con sentidos compartidos, tanto para los equipos de salud como para las personas, familias, sanadores y comunidades.

- Estimular la expresión de los saberes y las prácticas de sociabilización de la cultura *mapuche* y ponerlas al servicio de la producción de modalidades de trabajo de sanación que recojan las prácticas atávicas de su cultura. Es reconocido el hecho que las mejores formas de curación de la enfermedad, especialmente del alcoholismo, están dadas cuando se ocupan estrategias comunitarias, en las cuales se expande el sujeto social y colectivo que se integra a la tarea, movilizand o estrategias culturales y valóricas propias de su cosmovisión.
- Se destaca dentro de estas estrategias el *ngulam*, consejo terapéutico sobre el beber y la recuperación y/o fortalecimiento del *azche* (lo que conforma la personas y el colectivo, el deber ser) como medidas sanadoras de los conflictos de identidad, el quiebre de los vínculos familiares por el trauma sociohistórico, que se refleja principalmente en la pérdida de los territorios, la pobreza, la discriminación y la falta de poder de las autoridades tradicionales, tanto para resolver los conflictos al interior de las familias y comunidades como aquellos otros derivados de condiciones estructurales asociadas a las cuestiones de poder que condicionan la dominación y la explotación de las culturas y clases subalternas.
- Una orientación con pertinencia intercultural debe anclarse desde las comunidades *mapuche*, con la plena participación deliberativa de sus organizaciones, líderes y sanadores, a fin de generar medidas efectivas y eficientes, relevantes y oportunas en los programas y líneas de acción sobre el beber problema.

Bibliografía

APA, 2014. "DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales." 5ª Edición, Asociación Psiquiátrica Americana. <http://vwww.medica-panamericana.com/>

Cuyul, A. "Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile." <https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/wp-content/uploads/2012/04/descargar-11.pdf>

Cuyul, A., 2013. "La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud." *Salud Problema; Segunda época. Año 7, N° 14, julio diciembre 2013, Chile.*

Garcés-Pérez, G.; Zambrano-Constanza, A., 2024. "Prevención del consumo de alcohol y otras drogas en contextos interculturales. Interfaz entre antropología, psicología comunitaria y política pública". *CUHO, marzo 2025 (1-35).*

Garcés-Pérez, G.; Zambrano-Constanza, A., 2019. "Significados en torno al desarrollo del consumo problemático y la dependencia alcohólica en comunidades mapuches rurales de la región de la Araucanía, Chile, 2016-2017." *Salud Colectiva, U. de Lanús, Argentina.*

Heat, D., 1984. "Análisis de aspectos socioculturales del Alcohol en América Latina". *Rev. Médica Honduras. Vol 52-1984.*

Hot de Olano, 2021. "Everywhere there are distilled spirits. Alcohol consumption and Alcoholism on the Chilean frontier at the turn of the twenty century". *Historia Critica N° 82, oct.-dic. 2021(79-105).*

Huenchucuy, L.M.; Macadoo, A., 2023. "El dolor y la herida abierta en el sur: alcoholismo, como una de las expresiones del Illaskin y la búsqueda de sanación." *Utopía y Praxis latinoamericana; año 29 N° 104, 2024.*

Huenchucuy, L.M.; Macadoo, A., 2024. "Trauma colonial, alcoholismo y consumo de drogas en pueblos originarios: reparación y sanación desde el relato oral mapuche." *Rev. ZStultífera, 7 (2), 203-233, vol. 7 n° 2-10.*

Medina, E y Marconi, J. 1970. Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural en Cautín. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina 16, 273.*

Medina E. (1984) Aproximación Antropológica al Análisis Epidemiológico: Consideraciones sobre el Modo de Beber entre los Mapuches. *Revista CUHSO CUHSO Vol. 1 Núm. 1 (1984) - Artículos de Investigación* <https://cuhsouct.cl/index.php/index/search/authors/view?givenName=Eduardo&familyName=Medina&affiliation=Ministerio%20de%20Salud%20P%C3%BAblica&country=CL&authorName=Medina%2C%20Eduardo>

Menéndez, E., di Pardo, R., 2006. "Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México." *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México. Desacatos, núm. 20, enero-abril 2006 (29.52).*

OPS-OMS, 2018. "CIE 10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud." *Publicación científica 554 de OPS-OMS.*

OPS-OMS, 2023. "CIE 11. Clasificación Internacional de enfermedades." 11ª edición Revisada por OPS-OMS.

Oyarce, AM y C. Madariaga (2025). *Trauma socio-histórico y beber problema entre los mapuche: dos caras de una misma moneda (inédito)*

Zambrano, A. et al., 2018. "Influencia de la identidad cultural mapuche/lafkenche en las regulaciones del consumo de alcohol: la perspectiva de autoridades tradicionales mapuche/lafkenche del sector costero de la IX región de la Araucanía." *Universidad Industrial de Santander. Cambios y permanencias, Vol. 9, N°1, enero. Junio 2018 (325-356).*

GLOSARIO

Ad mapu: derecho consuetudinario o de usos y costumbres, el deber ser

Ad che: lo que conforma intrínsecamente a la persona/grupo

Itrofilmongen: todo lo vivo, como las montañas, los bosques, los ríos donde el *Che* es parte integrante de ese todo

Chaliwun: saludos en lengua *mapuche*, siendo una palabra clave para las formas de saludo entre personas. Es un término que se utiliza para iniciar una conversación o encuentro y también está relacionado con el acto de despedida y agradecimiento al finalizar una visita.

Che: denominación que es colectiva es decir grupo de personas, y se usa también para nombrar a un individuo de esa colectividad

Dungul machife: el que lleva la palabra “traduce” a un lenguaje con lo que expresa la *machi* durante el *kuymün* o trance

Feyentun: conjunto de creencias, prácticas espirituales y ceremonias del pueblo *mapuche*, cosmovisión que abarca la relación respetuosa con todas las fuerzas, energías y seres que coexisten en la naturaleza y en el mundo. Incluye acciones como ceremonias de rogativa o agradecimiento y la forma de vivir en armonía con el entorno.

Illkuñ: rabia y pena, rabia amarga

Infitu: hacer un daño a una persona a través de un *fuñapue* (veneno) en el licor o comida

Küme nutramkan: buen diálogo

Küme mongen: buen vivir, buena vida, vida plena significa “buen vivir” concepto central de la cosmovisión *mapuche* que representa vivir en armonía con la naturaleza, la comunidad y uno mismo. Se basa en la idea de la reciprocidad y el equilibrio, donde el bienestar individual se logra a través del bienestar colectivo, en contraste con el enfoque individualista occidental.

Pentukun: saludo protocolar que sirve para establecer relaciones sociales entre individuos y grupos de la comunidad, implica saber cómo se encuentra la otra persona, su grupo familiar o su comunidad, es una forma de saludo fundamental para la interacción social.

Nutramkan: conversación y diálogo que permiten transmitir conocimiento, historia y cultura a través de la palabra *Nutram*. Se usa comúnmente para solucionar conflictos y fortalecer la memoria colectiva.

Machi: máxima autoridad espiritual, religiosa y sanadora dentro de la cultura *mapuche*. Es el vínculo principal entre el mundo natural y el mundo sobrenatural (*Wenu Mapu*) de espíritus y deidades. Su rol es fundamental para el bienestar de su comunidad.

Lawentuchefe: significa “conocedor de las propiedades de las hierbas medicinales” y se refiere a un sanador o herbolario tradicional *mapuche* que utiliza el conocimiento de las plantas *lawen* para sanar.

Longko: líder político y espiritual de un “*lof*” (grupo de familias emparentadas) en el pueblo *mapuche*. La palabra significa literalmente “cabeza” en *mapudungun*.

Kimche: persona sabia, reconocida por su amplio conocimiento y experiencia, que representa un pilar fundamental en la cultura *mapuche* para la transmisión de saberes ancestrales y valores.

Kutran: dolor, enfermedad, enfermo.

Ngen kutran: dueño, responsable, el que acompaña al enfermo.

Ngutamchefe: especialista en la medicina tradicional *mapuche* dedicado a la composición de huesos. También son conocidos como componedores de huesos y tienen un conocimiento ancestral sobre la estructura ósea que les permite tratar fracturas, luxaciones y esguinces mediante técnicas de palpación y manipulación.

Mapu: tierra y forma de habitarla o territorio.

Püllü: espíritu, ánimo, energía vital, diferentes estados de la materia y la trascendencia.

Pewmatufe: persona que interpreta el significado de los *pewma*, un tipo de sueño que trae mensaje los cuales para la cultura *mapuche* tienen un valor espiritual o premonitorio y pueden ser una guía o transmitir mensajes del mundo sobrenatural.

Tuwün: Territorio de procedencia familiar o lugar de origen de una persona. Es un concepto fundamental en la identidad del pueblo *mapuche*, ya que define el lugar de donde viene una persona, un concepto que incluye lazos sociales, afectivos y espirituales

ANEXO 1

PARTICIPANTES CURSO - TALLER BEBER PROBLEMA

Servicio de salud Araucanía Sur – 2018

Docentes: Carlos Madariaga y Ana María Oyarce

	NOMBRE	PROFESION	ESTABLECIMIENTO
1	Ángela Pustela Henríquez	Asistente Social	CESFAM Conunhuenu
2	Patricia Machuca Gutierrez	Psicóloga	CESFAM Conunhuenu
3	Ana Luisa Ibarra Moreno	Enfermera	CECOSAM Lautaro
4	Javier Eduardo Moreno Obrequé	Psicólogo	CECOSAM Lautaro
5	Nelly Carimán Curiqueo	Asistente Social	DSM Pitrufulquen
6	Ana María López Gallardo	Psicólogo	DSM Pitrufulquen
7	Úrsula Tobar Jara	Terapeuta Ocupacional	CECOSAM Padre Las Casas
8	Patricia Valderrama Pereira	Asistente Social	CECOSAM Padre Las Casas
9	Marion Venegas	Asistente Social	DSM Vilcun CESFAM Cajón
10	Paulina Lobos	Psicólogo	DSM Vilcun. Postas Quintrilpe, Vega Redonda, Codinhue
11	Joseph Edmundo Duarte Camino	Psicólogo	CECOSAM Temuco
12	Iván Rodrigo Reyes Martínez	Trabajador Social	CECOSAM Temuco
13	Carlos Osvaldo Vásquez Sepúlveda	Terapeuta Ocupacional	CECOSAM Temuco
14	Daniella Nicole Aguila Olivera	Psicólogo	Hospital Dr. Eduardo González Galeno
15	Romina Alejandra Vivar Melo	Asistente Social	Hospital Dr. Eduardo González Galeno
16	Carolina Sepulveda Mulchy	Psicólogo	CECOSAM Imperial
17	Carla Fernandez Muñoz	Terapeuta Ocupacional	CECOSAM Imperial
18	Leonel Esteban Sepulveda Matta	Médico	DSM Saavedra
19	Jorge Gonzalo Reyes Reyes	Trabajador Social	DSM Saavedra
20	Viviana Bustos Kuchel	Asistente Social	CESFAM Pulmahue
21	Mauricio Velasquez Castilla	Médico	CESFAM Pulmahue
22	María Ignacia Gonzalez Sepulveda	Médico	CESFAM Las Colinas
23	Dora Medina Oñate	Asistente Social	CESFAM Las Colinas
24	Jeannette Zavala Molina	Asistente Social	CESFAM Padre Las Casas

	NOMBRE	PROFESION	ESTABLECIMIENTO
25	Maria Jose Albornoz	Psicólogo	CESFAM Padre Las Casas
26	Marcela Orieta Opazo Pino	Asistente Social	Hospital Pitrufulquen
27	Mixy Alejandra Saavedra Martínez	Psicólogo	Hospital Pitrufulquen
28	Carla Balboa Toro	Asistente Social	CESFAM Los Volcanes
29	Sofia Irene Calfiqueo Curilaf	Amulduñufe	CESFAM Villarrica
30	Camila Isabel Mora Molina	Psicólogo	Departamento Salud Rural
31	Odette Villar		CESFAM A. S. Los Laureles
32	Dominique Arcil	Médico	Hospital Vilcun
33	Nancy Odette Villar Silva		DSM Cunco
34	Angela Yadira Chacón Ormeño	Psicólogo	Hospital Puerto Saavedra
35	Isabel Huenchuleo Maliqueo	Administrativo	Hospital Puerto Saavedra
36	Mariela Castillo Uslar	Psicóloga	DSM Nueva Imperial
37	Ximena Lienqueo Lehue	Amulduñufe	DSM Nueva Imperial
38	Víctor Hugo Sepulveda Muñoz	Técnico En Adicciones	DSM Pucon
39	Luis Antonio Sepulveda Riquelme	Trabajador Social	DSM Villarrica
40	Constanza Fonfach Gonzalez	Enfermera	DSM Villarrica
41	Fernando Infante Cuevas	Psicólogo	DSM Galvarino
42	Francisco Landa Herrera	Psicólogo	DSM Galvarino

ANEXO 2

PARTICIPANTES CURSO - TALLER BEBER PROBLEMA

Servicio de salud Araucanía Sur – 2023

Docentes: Carlos Madariaga y Ana María Oyarce

	NOMBRE	PROFESION	ESTABLECIMIENTO
1	Juan Chanquey	Amuldungufe	CESFAM Perquenco
2	Mariana Puelman	Amuldungufe	Facilitador Pucón
3	Hans San Martin	Trabajador Social	Hospital Lautaro
4	Rosa Lemunao	Amuldungufe	CESFAM Perquenco
5	Luis Caniupil	Amuldungufe	Facilitador Galvarino
6	Cesar Marivil		Facilitador Vilcun
7	Javier Moreno	Psicólogo	Hospital Lautaro
8	Paulina Llanao	Amuldungufe	Facilitador Cv Villarrica
9	Sebastián Saldias	Psicólogo	CECOSAM Nueva Imperial
10	Camila Madrid	Psicóloga	CECOSAM Nueva Imperial
11	Daniel Manzano	Psicólogo	Centro Boroa Filulawen
12	Catherine Millao	Amuldungufe	Hospital Intercultural Nueva Imperial
13	Florencia Melillan	Amuldungufe	CESFAM Nueva Imperial
14	Maria Porma	Amuldungufe	Hospital Carahue
15	Paula Solís San Martín	Psicóloga	Hospital Carahue
16	Abigail Sepúlveda		CESFAM L Chol Chol
17	Hugo Cayupan	Amuldungufe	Hospital Intercultural Nueva Imperial
18	Isabel Huenchuleo	Amuldungufe	Hospital Puerto Saavedra
19	Jessenia Quezada	Medica Familiar	Hospital De Gorbea
20	Regina Carinao	Amuldungufe	CESFAM Curarrehue
21	Paola Curifil	Amuldungufe	CESFAM Pitrufrquén
22	Erika Cruz		CESFAM Padre Las Casas
23	Vanina Juanico		Melipeuco
24	Ximena Painequeo	Amuldungufe	DSM Cunco
25	Elsa Ancavil	Amuldungufe	Hospital De Temuco
26	Carla Cuevas		CESFAM El Carmen Temuco
27	Ana Infante Marivil	Amuldungufe	Consultorio Miraflores

ANEXOS 3

PARTICIPANTES CURSO - TALLER BEBER PROBLEMA

Servicio de salud Araucanía Sur – 2025

Docentes: Carlos Madariaga y Ana María Oyarce

	NOMBRE	PROFESION	ESTABLECIMIENTO
1	Erika Elvira Cruz Llancamil	Amuldungufe	CESFAM Padre Las Casas
2	Anyi Liset Marin Lagos	Técnica En Administración	Hospital Familiar Y Comunitario De Galvarino
3	Vanina Juanico	Amulzugufe	CESFAM Melipeuco
4	María Zoila Porma Alonso	Amuldungufe	Hospital Carahue
5	Yoselyn Reumay Tralma	Amuldungufe	CESFAM Cholchol
6	Héctor Elias Lincoqueo Nahuelfil	Amuldungufe	CESFAM Labranza
7	Nelly Catrilef Castillo	Asistente Social	CESFAM Trovolhue
8	Angela Alejandra Neira Porma	Tec. Educ. Diferencial e Inclusión	DSM-Gorbea
9	Rosa Belén Antileo Painemilla	Asesor Cultural	Departamento De Salud Municipal Saaavedra.
10	Flor Edith Gonzalez Millahual	Tens	Hospital Familiar Y Comunitario Tolten
11	Neftali Pehuen Jineo Maliqueu	Kinesiólogo	Caplc
12	Paula Constanza De Monserrat Solís San Martín	Psicóloga	Hospital Carahue
13	Marco Javier Lincocheo Garrido	Amuldungufe	Hospital Gorbea
14	Olga Ivette Quijada Tripainao	Trabajadora Social	Departamento De Salud Saavedra
15	Joaquín Andrés Mariano Calfin	Técnico En Enfermería	Complejo Asistencial Padre Las Casas
16	Evelin Marivil Marivil	Amuldungufe	CESFAM Trovolhue
17	Erica Cecilia Martínez Huenuil	Trabajadora Social	CESFAM Pucón
18	Felipe Orias Quilodrán	Psicólogo	DSM Vilcun
19	Matias German Medina Muñoz	Psicólogo	Hospital De Puerto Saavedra
20	Paola Curifil Curifil	Prevencionista De Riesgo	DSM Pitrufrquén
21	Jorge Sánchez Huenante	Trabajador Social	Hospital Pitrufrquén
22	Lucy Linconao Lefimil	Tens	Hospital Hernán Henríquez Aravena
23	Raul Cevallos Añasco	Psicólogo Clínico	CESFAM Cholchol

	NOMBRE	PROFESION	ESTABLECIMIENTO
24	Evelyn Ginnette Sepúlveda Peña	Enfermera	CESFAM Villarrica (Cecev)
25	Rayen Maiten Paineñil Calfuqueo	Amulzungufe	DSM Teodoro Schmidt
26	Rodrigo Miranda Forcael	Psicólogo	Dirección Ssas
27	Lorena Pilar Gallardo San Martín	Psicóloga	DSM Temuco
28	Helvia Doris Huentena Paillaleo	Amulzungufe	DSM - Lautaro
29	Regina Carinao	Amulzungufe	CESFAM Curarrehue
30	Ximena Lienqueo Lehue	Amulzungufe	CESFAM
31	Marta Llanquino Cayupan	Enfermera	Hospital Hernan Henríquez Aravena
32	Constanza Irene Peñailillo Díaz	Fonoaudióloga	Hospital De Villarrica
33	Paula Andrea Urrejola Torres	Psicóloga	Hospital Galvarino
34	Yusary Flores Fierro	Trabajadora Social	DSM Toltén
35	Danilo Vásquez Espinoza	Sociólogo	DSM Toltén
36	Vania Isabela Altamirano Tapia	T.o	Hospital De Villarrica
37	Jaime Tomas Rivera Collinao	Psicólogo	DSM Gorbea
38	Francisca Novelia Hernández Oyarce	Psicóloga	DSM Loncoche
39	Catherin Millao Silva	Amulzungufe	Hospital Intercultural Nueva Imperial
40	Silvia Denis Isabel Aburto Huentemilla	Ing En Administración De Empresas	Hospital Loncoche
41	Roxana Paola Breve Ulloa	Asistente Social	Hospital Pitrufulquen
42	Isabel Huenchuleo Maliqueo	Secretaria	Hospital Puerto Saavedra
43	Mariana Nicol Puelman Puelman	Kinesióloga	Departamento de Salud Municipal de Pucón
44	Francisco Landa Herrera	Psicólogo	Departamento de Salud de Galvarino
45	Camila Belen Contreras	Trabajadora Social	CESFAM Los Laureles
46	Camila Toledo Torres	Terapeuta Ocupacional	Cosam Temuco
47	Edith Del Carmen Pincheira Catrileo	Amulzungufe	Consultorio Miraflores
48	Jorge Aguilar Mardones	Psicólogo	Hfc Loncoche
49	Carolina Alejandra Salas Guerra	Psicóloga	CESFAM Melipeuco
50	Merejilda Curin Curiñir	Amulzungufe	Hospital De Pitrufulquen

	NOMBRE	PROFESION	ESTABLECIMIENTO
51	Fernando Nicolás Rovere Castro	Médico	Hospital Vilcún
52	Lorena Pilar Gallardo San Martín		DSM Tmuco
53	Florencia Melillan Pitrón	Amulzungufe	CESFAM Nueva Imperial
54	Dany Sergio Maldonado Cayuman	Médico	DSM Cunco
55	Fabiola Alvarado Rosas	Psicóloga	CESFAM Padre Las Casas
56	Juan Carlos Chanquey Chanquey	Amulzungufe	CESFAM Perquenco
57	Maria Antonia Quiriban Neculqueo	Amulzungufe	Caplc
58	Jessica Rivas Castro	Trabajadora Social	Caplc
59	María Elsa Ancavil Tropa	Amulzungufe	Hospital de Temuco
60	Ana Infante Marivil	Amulzungufe	Consultorio Miraflores
61	Hugo Cayupan Cayupan	Amulzungufe	Hospital de Imperial
62	Ricardo Ignacio Llanao Ñancupan	Amulzungufe	DSM Villarrica

Este libro
se terminó de imprimir
en diciembre de 2025
en Talleres de Gráfica LOM.
1ª Edición de 200 ejemplares.

Santiago - Chile
MMXXV



El presente documento responde al interés del Servicio de Salud Araucanía Sur de abordar uno de los problemas de salud pública del área de cobertura de ese territorio: el consumo problemático de alcohol y la dependencia. Este fenómeno adquiere una alta complejidad en el ámbito socio histórico y sanitario del pueblo *mapuche* y preocupa tanto a las autoridades y equipos de las redes de salud como a las autoridades tradicionales *mapuche*.

Las orientaciones técnicas que aquí presentamos tienen como objetivo estratégico el proveer un marco conceptual y metodológico para favorecer la acción de salud destinada a subsanar el sufrimiento y el dolor asociados a los efectos del beber problema, al mismo tiempo que reparar y recuperar los efectos de este hábito sobre la *Mapu* (tierra/territorio) y el *Che* (persona/pueblo) y sus relaciones contextuales extra e intra sistémicas.

* * *

Nuestra tarea como PROMAP ha sido avanzar hacia un sistema que reconozca que las prácticas de salud no son neutrales, sino que operan en territorios marcados por historias de dominación, desigualdad y resistencia.

Este volúmen sintetiza parte de ese camino: un trabajo dialógico que reconoce que la adicción no es sólo un trastorno individual, sino una experiencia situada, inseparable de los vínculos, de los territorios y las memorias de un pueblo. Avanzar hacia modelos de salud con pertinencia cultural implica asumir ese desafío y continuar construyendo, colectivamente, nuevas formas de sanar y acompañar.

Equipo Programa de Salud Mapuche
Dirección del Servicio Salud Araucanía Sur

