



Medicina Andina: Situaciones y Respuestas

72081000

AUTORES:

Mauro Cifuentes

José Sola

Harvey Paredes

José Bedoya

José Sánchez Parga

FLACSO - Biblioteca

614
7.4.09
E-3

BIBLIOTECA - FLACSO - E C
Fecha: julio 2007
Compra:
Proveedor:
Canje:
Desc: G: Embajada de Holanda

N/B. 5799
N/E. 00019047
BIBLIOTECA - FLACSO

MEDICINA ANDINA: Situaciones y Respuestas

1era Edición: Centro Andino de Acción Popular -CAAP- 1992

Diseño Carátula: Gisella Calderón
Levantamiento de texto: Elke Lima M.
Diagramación: Graffiti Diseño Gráfico
Impresión: Albazul Offset

INDICE

PRESENTACION.....

CAPITULO I LOS PROGRAMAS DE SALUD EN EL CAAP (Colectivo CAAP)

1. La base sincrética de la medicina Nor-Andina
2. De las patologías prevalentes a la investigación local

CAPITULO II LA MEDICINA ANDINA EN LA ZONA DE OTAVALO (Mauro Cifuentes)

1. Enfermedades y terapias
2. La fenomenología de la enfermedad
3. Diagnóstico, nosología y terapias andinas

CAPITULO III ECOLOGIA DE MONTAÑA Y PRACTICAS TERAPEUTICAS CAMPESINAS (José Sola)

1. Salud y enfermedad en las montañas de Sigchos
2. La valoración caliente-frío de las plantas
medicinales en el Toachi
3. El caso Yaló

CAPITULO IV
FARMACOS, TIENDAS Y CAMPESINOS

- 1 Distribución y consumo de fármacos en la parroquia de Sigchos (José Sola).....
- 2 Distribución y uso de fármacos en Licto, Punín y Flores (Harvey Paredes).....

CAPITULO V
COMUNIDAD, FAMILIA INDIGENA Y ENFERMEDAD

- 1 Comportamientos familiares indígenas ante la
- 3 enfermedad (José Sola).....
- 2 La socialización del conocimiento médico en la comunidad de "La Provincia" (José Sola, José Bedoya)
- 3 El sobreparto (José Sola).....
- 4 Los "entendidos" de Licto, Punín y Flores (Harvey Paredes).....

CAPITULO VI
ENFERMEDAD Y EXPERIENCIAS DE CAPACITACION

1. Cuando el mensaje es medio (J. Sánchez-Parga).....
2. Autocapacitación indígena en salud (Mauro Cifuentes)
3. Sigshi-Japishca: una experiencia de capacitación (M. Cifuentes, J. Sola).....

- . Anexo metodológico.....
- . Anexo estadístico.....

Más allá de efectos inmediatos y específicos, el programa tuvo otros resultados, como incentivar el interés de algunos hombres, lograr una cierta motivación de las autoridades comunales en su apropiación del problema de la salud, y sobre todo proporcionar al sector de mujeres una conciencia organizativa y de su papel social, actualizando y legitimando sus competencias y responsabilidades anónimas en el campo de la salud.

2. AUTOCAPACITACION INDIGENA EN SALUD

Mauro Cifuentes

Introducción

El Centro Andino de Acción Popular -CAAP-, desde hace más de una década, ha visto consolidarse el desarrollo conceptual y operativo de su proyecto institucional en el encuentro cotidiano con las particularidades sociales, culturales y políticas de los sectores sociales andinos.

La práctica del CAAP se ha definido y sustentado en la medida en que ha logrado dar competencia a una metodología dirigida desde y hacia una descripción con las lógicas socio- orgánicas y culturales de los campesino-indígenas. La comprensión de las modalidades y procesamiento que estas desarrollan ante los retos y la problemática en la que se hallan insertos, ha fundado tanto los contenidos propositivos como los contenidos teórico-metodológicos de la acción institucional.

Dentro del conjunto de sus componentes, las prácticas de capacitación-educación con grupos étnicos de la sierra, han tenido un particular privilegiamiento, no por ser convidados oportunos de toda acción externa de asistencia, que sustentada en un método educativo formal factibiliza lo que ha entendido como pedagogía de la transferencia, sino como referente en el cual se reconstruya y recree la lógica en la que se desarrolla y expresa el pensamiento indígena, y el contexto en el cual se posibilita la comunicación del conocimiento.

En ese sentido la capacitación ha descansado sobre las acciones de investigación. Esta relación nos ha traído como consecuencia una elaboración metodológica particular a las formas de transmisión, apropiación, reproducción y circulación de mensajes y conocimientos como fundamento del método de capacitación elaborado.

El haber problematizado para la capacitación aquel espacio sobre el que se dirige la razón de una acción y su conocimiento y la de los sujetos, nos ha significado situar, por un lado, determinados parámetros para tratar el asunto en términos de la socio-cultura en la que se desarrolla y por otro, forjar un método replicable al conjunto de programas que formalizan aquello que se quiere aportar.

Los elementos que han fundamentado nuestro proceso metodológico se refieren:

1. A una conceptualización de la participación entendida:

- Como enclave de vinculación de un particular modo de desarrollo social y de desarrollo de conocimientos.
- Como hecho social en el que la producción, regulación y circulación de conocimientos se da en base a una estructuración de relaciones sociales del grupo; y
- Como factor comunicacional en la que determinada iniciativa o temática ligada a una acción o interés social se articula a la propia producción de referentes sociales-culturales y políticos de los campesino-indígenas.

2. Una definición de la capacitación como hecho que no descansa únicamente en la necesidad de forzar una transferencia de conocimientos, también:

- Dirigida a priorizar la generación de contenidos regulados dentro de las representaciones, signos, núcleos explicativos y ambientes, etc; que conforman el pensamiento social de los sectores sociales indígenas;
- Dirigida a establecer una selección de mensajes que se articulan a las prácticas cotidianas y de participación social; y
- Dirigida al interno del modelo comunicacional propio de sujetos participantes en este proceso.

3. Una planificación y regulación de la capacitación de acuerdo:

- A índices de circulación y reproducción de conocimientos dentro de la acción formalizada hacia fuera de ella;
- A la relación entre mensaje y participación social; y
- A la relación entre concurrencia y tratamiento temático.

La síntesis de la experiencia del CAAP en capacitación, es el resultado de un proceso de aproximación que se dieron en el curso de un período durante el cual se buscó una forma de comunicación adecuada con los sectores indígenas. Esta experiencia se encuentra diversificada de acuerdo a las diferentes zonas y sectores sociales en los que se han realizado nuestros programas e investigaciones.

En este sentido, el actual modelo que exponemos y estamos manejando, aunque se encuentra regulado por ciertos parámetros homogéneos en cuanto al diagnóstico general, referentes teóricos y metodología, en su aplicación se encuentra determinado por variantes regionales.

La presente exposición estará apoyada en el proceso experiencial de uno de nuestros programas; la opción obedece al hecho de que fue el "programa de salud andina" en el cual se fundamentó con mayor rigor la capacitación, siendo ese su eje de acción y de cuya experiencia extraemos las reflexiones que aquí exponemos.

Antecedentes

La original inserción del programa de salud en las áreas de trabajo del CAAP, fue motivada por un interés dirigido a definir y conceptualizar lo que entonces, sugerido por la presencia de agentes, recursos, y prácticas médicas tradicionales, se denominó Medicina Andina. La propuesta buscaba entender, recuperar, y potenciar lo que hipóticamente llamamos el sistema de salud de las sociedades indígenas andinas.

La preocupación sobre el tema si bien estuvo precedida por el potencial rédito que significaba, el incorporar lo médico; en cuanto a aproximarnos a una versión más argumentada sobre esa totalidad orgánica de las sociedades indígenas para entender sus relaciones con el resto de la sociedad nacional, también lo fue por otras razones, entre las que destaca el hecho de que el análisis de los procesos de salud/enfermedad ubican a los sectores sociales rurales como el espacio donde las condiciones de deterioro de salud no han mostrado modificaciones y donde las acciones que se impulsaban desde diferentes instancias formales estatales o no; y que tenían como referente a estos sectores sociales dejaban ver tendencias generalizadas como:

- La ausencia de estrategias de difusión como de motivación en torno al tema, observándose antes una improvisación y replicamiento de ensayos no evaluados, como los asistenciales;

- La falta de información sobre la problemática de la salud a niveles sectoriales; así como del conocimiento y la percepción que, respecto de la salud, tenían los sectores sobre los que actuaba;
- La visión homogenizadora del problema y de sus propuestas de solución, sin consideración a especificidades de los grupos, haciendo uso de sistemas de asistencia como recursos ejes para llegar a la sociedad con el asunto;
- Un uso de mensajes y acciones de capacitación unidireccionales sin referentes respecto de las condiciones en que se establezcan la receptividad, y con menor esfuerzo hacia la posibilidad de incorporar a los supuestos beneficiarios como sujetos activos de la producción de los mismos, etc.

La constatación empírica de las particularidades socio- económicas y culturales de estos sectores mostraban la escasa posibilidad de articulación a las características del sistema médico moderno; a su mensaje y a las instancias institucionales que la operativizan; y de hecho las expectativas, sobre la capacidad de incidencia en las condiciones de salud por parte de los múltiples programas, estaban lejos de ser satisfechas.

Frente a estos antecedentes, se encontraba la justificación de un programa como este, que de entrada había renunciado a plagiar una propuesta asistencial, a cambio de una comunicacional que pretendía incursionar en la dinámica social en torno a un tal problema; planteándose en su objetivo:

- Una acción sostenida desde la perspectiva indígena;
- Un acceso a la dimensión del problema, desde una lectura al estado vigente de conocimiento y representación del tema por parte de los campesino-indígenas; su percepción y manejo a nivel de su cotidianidad; las redes de información y comunicación y expresión en los que se mueven en torno a la situación; las formas organizativas formales e informales y su sentido motivador; y
- Una indagación que de lugar a establecer una pedagogía comunicacional descentrada, más coloquiál y dialógica, al interno de los sectores sociales, y con sus niveles organizacionales.

Los ejes del programa

Este se incorporó y articuló a los restantes programas de desarrollo de la institución (socio organizativos; técnico- productivos, agropecuarios, artesanales, de crédito, de infraestructura, etc), y bajo los términos de trabajo comunes en aquellos, es decir, optado de los componentes de investigación, capacitación y acción.

El proceso de eslabonamiento que se dio en una acción conjunta entre acciones de capacitación e investigación permitió al programa arribar a la definición metodológica -como lo veremos en la siguiente sección- de sus componentes social y pedagógico.

Estos componentes se tomará como presupuestos rectores de la acción:

- a. Respecto al espacio social de trabajo, señalaremos que se dio sobre una diferenciación de los sujetos o sectores, de acuerdo a los objetivos trazados. La acción se organizó en tres niveles, cuya articulación y secuencia mostraron un efecto deseable en la socialización de los mensajes:
 - El primer espacio estuvo constituido por miembros de la comunidad; agrupados por vínculos de parentesco, vecindad o afinidad, a los que denominamos grupos interfamiliares.
 - El segundo espacio constituido por la comunidad, donde la participación incluía a la dirigencia comunal; y
 - Un tercero, con los denominados grupos intercomunales o zonales, que en muchos casos se correspondían con los espacios parroquiales.
- b. El componente pedagógico nos remite tanto a los contenidos como a los medios y técnicas.

La definición de los contenidos o materia de la investigación-capacitación situó a estos de acuerdo a un criterio de selección que dotó de sistematicidad a los temas:

Un primer grupo lo constituía el tratamiento de patologías agrupadas en consideración a sus niveles de incidencia y prevalencia y de acuerdo a su carácter endémico y epidémico. En ese sentido, se pudo plantear una programación que permitió trabajar de manera secuencial e intensiva esta problemática desde la manifestación más lúdica de lo patológico. La

preeminencia de este rubro respondía a la necesidad de identificar la representación y la conducta más próxima que los sujetos tenían en su diario, ante hechos reconociblemente médicos; también el acento puesto por los participantes locales en la búsqueda de soluciones parentorias a la salud familiar; y al de construir a partir de necesidades y hechos comunes o colectivos, un elemento metodológico válido para la capacitación.

Un segundo grupo juntó temas pertenecientes a hechos que concurren en los procesos generales de la salud/enfermedad. Cuyo tratamiento, dotado de un ritmo más pausado y de mayor aliento, permitió una complejización más adecuada de lo que construye sus prácticas médicas y su relación con la cobertura y la atención médica formal, con la sanidad ambiental, con las conceptualizaciones de causalidad, con la participación comunal en las acciones hacia la salud; etc.

La definición de los medios y las técnicas se construyeron en función de los contenidos y los espacios sociales, como lo veremos; pero cuyas modalidades permitieron comprender de mejor manera los procesos y las formas de aprendizajes y adopción de las propuestas, y de los efectos en los comportamientos y conductas, como también el identificar el tipo de factores que generan respuestas.

Estos dos componentes programáticos se organizaron del siguiente modo:

- a. En los espacios interfamiliares, cuya concurrencia mayor la ocupaban las mujeres/madres y los niños, la acción estuvo dotada de las siguientes propiedades: 1. los temas correspondían al grupo de las entidades patológicas, alrededor de las cuales se procesaba una discusión dirigida a establecer la comprensión de las condiciones de morbilidad, los recursos diagnósticos, y las conductas o prácticas terapéuticas que los participantes conocían y poseían respecto del "cuadro" evocado. 2. La enfermedad a la que circunscribía al diálogo tenía siempre relación con su momento epidemiológico; en otras palabras, correspondía a una enfermedad vigente en la localidad. Aspecto que facilitaba tanto el poder reconstruir el conocimiento sobre dicho problema sin necesidad de recurrir a la memoria de los presentes sobre un objeto en abstracto; así como el hecho de que facultaba una participación dialogal de casi la totalidad de la concurrencia. 3. La presencia generalmente cierta de personas afectadas por la enfermedad citada, otorgaba a la reunión un espacio de terapia colectiva. Las reuniones se constituían en una

instancia de evaluación de conocimientos médicos tradicionales, con la permanente posibilidad de ser potenciados, mejorados y verificados. La generación de un discurso de la enfermedad y su manejo permitían proponer respuestas curativas y preventivas así como fortalecer las redes de derivación, en las que se expresan y recrean los conocimientos de la zona 1. ⁶ La modalidad ejercitada permitía una divulgación más inmediata de los conocimientos existentes, como de los inducidos por los miembros del equipo de trabajo, que a su vez ingresaban al juicio del grupo, factible en la medida en que era verificada su uso y su valor.

b. En los espacios más amplios, como el comunal se ejecutaba:

1) Un ensayo capacitador más formalizado en base a la experiencia procesada a nivel de los grupos interfamiliares. El carácter prioritario de determinadas patologías permitían proyectarlos hacia la comunidad como la unidad social de la acción requerida.

2) Una conducción de temas tendientes a establecer consensos sobre los aspectos epidemiológicos de la salud/enfermedad. La presencia de los hombres y de los dirigentes de las comunidades matizaban el curso de estas reuniones, tanto por el hecho de que se apreciaba un fenómeno comunicacional más centrado en la medida en que se hacían visibles los interlocutores, como por la tendencia hacia una exploración del tema dirigido a la consecución de decisiones y acciones político reivindicativas comunales sobre sanidad ambiental; agua potable, letrinización, etc.

c. En el nivel intercomunal o zonal tenía lugar una acción de síntesis sobre las precedentes; por el hecho de que estos espacios en el mayor número de casos se correspondía con los parroquiales, los eventos se constituían en asambleas de delegaciones donde su razón se situaba en el análisis y sistematización de las acciones realizadas en los niveles anteriores; es decir, en conciliar la relación entre lo que surgía como planteamiento de los grupos interfamiliares modalizada como propuesta de salud a partir de una reconsideración médica y el de los grupos comunales que exploraban acciones a partir de consignas generales reivindicativas.

6 Sola, Jose; "La salud en la comunidad andina, el caso de Ilumán: una propuesta metodológica". Segundo Seminario Nacional de Sistemas de Salud en el Ecuador, 1986.

El método

Por razones de exposición y argumentación nos remitiremos con frecuencia a una de las áreas de ejecución del programa: Otavalo, lo que no significa el desconocer la importancia que tuvo el hecho de haberlo aplicado en tres zonas indígenas distintas de la sierra ecuatoriana; lo hacemos recorriendo que en la dimensión social de este, se puede advertir el proceso que pretendemos ilustrar.

Si para este programa fue importante rastrear las modalidades de lo que las evidencias reportaban como la existencia de un pensamiento médico tradicional, también lo fue por situar argumentos en la hipótesis que suponía una relación directa entre la vigencia y fuerza de un tal conocimiento y los niveles de relación y organización social, en rigor, al acento social en categorías como la reciprocidad, la complementariedad, la redistribución, etc.

En grupos étnicos como el de los Otavalos, donde son manifiestos determinados rasgos y símbolos de identidad social, fuertemente signados por aquello que puede calificarse como la sanción social a determinadas conductas, se denota la presencia de una dinámica organizativa étnica, cuyas relaciones corresponden a enlaces económicos, rituales, territoriales, políticos o en sí mismo étnicos, que matizan el rigor de formas organizativas apoyadas en estrategias de grupos familiares consolidados como unidad productiva o formas más amplias como las interfamiliares ligadas por redes de parentesco

Aquellas expresiones organizativas de mayor homogeneidad (lógica comunal) se encuentran mejor significadas en comunidades cuyo eje reproductivo es agrícola, mientras que en aquellos sectores con mayor vinculación con actividades artesanales o comerciales se advierte una lógica basada en estrategias familiares nucleares o ampliadas, pero con muestras de un comportamiento que apela a formas reconocidas por el Estado, como el poder parroquial; tendencia que refleja una lucha por construir espacios de representación y reivindicación locales. Estas modalidades permitían entender procesos que conducían la atención a los espacios familiares e interfamiliares, y al de aquellos donde las reivindicaciones por servicios y por el control de instancias de poder locales, acompañarían la generación de convocatorias y acciones comunales e intercomunales.

Esos aspectos, sumados a indicadores extraídos por la preocupación central del tema médico-andino, y que gravitaron en su ejecución, como aquel que significó el identificar como "actores protagónicos" de esa manifestación médico-social india a las mujeres/madres, cuya función rebasaba el carácter de aquel otro, el del "yachac", de presencia importante en Otavalo; nos ubicó ante la singularidad de una capacitación cuyo paradigma social se resolvía en la dirección y en los espacios que la misma temática concitaba y designaba.

La consideración de estos aspectos generales, permitió al equipo⁷ ensayar una proposición de tratamiento de la problemática de salud de las comunidades donde el CAAP tenía otros programas en ejecución. El tema despertó una iniciativa del sector de mujeres. Esta se tradujo en convocatorias de pequeños grupos intracomunales.

Los grupos de mujeres correspondían a ámbitos vecinales y parenterales. Estos se hicieron extensivos a 15 comunidades de la zona, encontrándose, más tarde, entre dos y tres grupos de este tipo en una comunidad.

Estos eventos concentraban la presencia de 12-15 participantes. El curso que cada uno de ellos tenía, estuvo dotado de una característica similar: los eventos se realizaban rotativamente en las casas de cada uno de los miembros que accedían al grupo. La convocatoria la realizaba quien ofrecía su casa para la reunión. Llegado el momento del evento, el tema surgía prefabricado en la fase más informal de la reunión, hasta que el grupo se completa; en ese período de saludos y de conversación sobre algunos hechos recientes. La reunión en si misma continuaba en el mismo tenor de la fase protocolar.

El tema es un problema común y reciente o actual para el grupo. La presencia del "yachac" y de la mujer indígena responsable del programa no gravita en la elección del tema.

7 El grupo de trabajo de salud se conformó con tres personas: dos indígenas y un médico. Los primeros, una mujer y un "yachac" de una de las comunidades de Ilumán (Otavalo), el tercero un médico con una previa experiencia de trabajo con comunidades rurales. Esta configuración, fue deliberada por parte del CAAP, que en suma respondería a la expectativa creada: hacerlo asimilable a los comportamientos y a las modalidades de la comunicación de los sujetos de ese universo de trabajo.

Así dos momentos de identificación en cada uno de ellos. El primero, durante el cual la patología o enfermedad, es descrita desde la experiencia de los partícipes, se describen las vivencias personales o familiares de las circunstancias, los momentos y los efectos que permiten reconocerla. Las intervenciones cortas y frecuentes, no aparece un interlocutor. La experiencia acumulada del "yachac" y de la mujer se junta también en el diálogo. La presencia de algunos concurrentes con manifestaciones del problema del que se habla, permite reconocer de mejor manera el "cuadro".

Los criterios de cuales son las causas y de como se trata el problema es del mismo modo expresado; se sitúan las cualidades de los tratamientos; los aciertos y los fracasos. Este primer momento permitió a nuestro equipo realizar un registro original de la representación y el conocimiento existente en las comunidades; el registro de este, no tendría sentido si esa construcción colectiva. El diálogo en su propia lengua, con sus pausas, acentos, complementariedades, gestos y actitudes, dieron otro contenido a las anteriores apreciaciones que teníamos respecto de ese saber médico indígena. Este se constituía además en un momento en el cual se reconocían, para los participantes, hechos no ligados a sus experiencias individuales y que se aprendían fácilmente.

El segundo momento, aunque no bien delimitado, denotaba una actitud dirigida a la sintentización de algunas acciones, a la adopción de opciones experimentales, tomando las mejores decisiones por consenso, que necesariamente eran evaluadas en los siguientes eventos, y donde, dependiendo de cada tema, se introducían algunos otros elementos complementarios que adscritos al contexto de las acciones resueltas, eran mediatizadas por los dos miembros del equipo.

Estas reuniones tenían una frecuencia regular de dos por mes en cada grupo, frecuencia que ocasionalmente se alteraba en función de la importancia de determinados problemas que exijan mayor continuidad.

La presencia del médico, no era constante en estos eventos, su trabajo se sintetizaba en la evaluación con los dos miembros indígenas sobre cada una de las reuniones. Su presencia en algunos de los eventos se forzaba en las ocasiones en las cuales el nivel de incidencia de alguna patología, y los límites de algunas acciones previamente adoptadas eran evidentes, entonces se introducían algunos nuevos elementos que los participantes podrían adoptar una mejor identificación del problema, y un mejor manejo,

su presencia, fortaleció progresivamente un proceso que lo llamamos de "diagnóstico público" y de "terapia colectiva".

La concentración en las reuniones de varios casos con afecciones epidémicas, sobre todo permitía mejor precisión diagnóstica, cuyos referentes de identificación eran manipulados y observados por el grupo. Lo mismo acontecía con la fase propedéutica y terapéutica, momento en el cual todos participaban en la preparación, manipulación y modo de uso de recursos para las terapias.

El conjunto de este proceso nos permitió algunas variaciones que mantenían vivo el tipo de mensaje que se manejaba, donde con cierta frecuencia se hacía partícipes de estos eventos a miembros de otros grupos que factibilizaban una mejor comunicación y extensión de conocimientos.

La presencia de acontecimientos que involucraban a la zona, como la presencia de una epidemia, dio apertura a que se conjuguen estos eventos con otros de carácter comunal. Las acciones que se ensayaban en los grupos interfamiliares en coyunturas como esta, se trasladaban a un espacio de mayor amplitud. Las reuniones comunales pasaron a ser instancia en la cual se comunicaban las acciones y las conductas del grupo o los grupos del sector al conjunto comunal. Ilustrativo puede ser el primer hecho que dio lugar a esta extensión. En el año 85 se presentó una epidemia de Shigshi Japhishca (Escabiosis). Una conducta preventiva rescatada por una madre indígena en una reunión interfamiliar, permitió al equipo estructurar un contenido para la prevención y el tratamiento; de fácil manejo y con recursos de la zona. Su valor y la necesidad de que se adopte por el conjunto de la comunidad, movilizó a las madres a convocatorias comunales. El mensaje de estas accionó una participación colectiva. El éxito comunicacional y terapéutico se dieron juntos⁸. El hecho fue importante en la consolidación de un espacio que complementarizó el objetivo. La frecuencia se operativizó con la misma función original, dando lugar a que se aborden problemas que exigían consenso comunal y aval de la dirigencia de las comunas.

Una razón idéntica a la descrita, factibilizó eventos intercomunales, donde las dirigentes de comunas jugaban el rol protagónico en las convocatorias y la concretización de los temas que se situaban, como se señaló antes, en aspectos de relevancia zonal o parroquial.

8 Pineda, R.; Conterón, C.; Cifuentes. M.: "Shigshi Japhishca". Documento CAAP 1985.

Los espacios de la capacitación y el mensaje

La experiencia de este proceso de alguna manera permitía que se recreara en la consustancialidad de los hechos sociales de la comunicación de los indígenas.

La experiencia representó una exploración de espacios, actores y canales de circulación, en relación con dos referentes: el mensaje o tema y el conocimiento social existente.

La "formalización" de los espacios sociales en este ejercicio de capacitación, no podría entenderse sin considerar la modulación dada por el tipo de tratamiento del que fue objeto el mensaje y a la inversa, que la diferenciación de los espacios sociales de la comunicación, establecida por el carácter de los participantes, y el tipo de relación existente entre ellos, significó evidenciar también un particular modo de tratar los temas.

Esa correlación recoge en su ejercicio la posibilidad de un orden en la socialización de los mensajes: desde los grupos más restringidos; los familiares ampliados, a las comunales y aun intercomunales; adoptando un procedimiento de generalización que en la socio-cultura indígena caracteriza las formas de intercambio y de comunicación, cuya lógica formaría parte de aquella que rige en la "minga" en la reciprocidad, en la redistribución. etc.

La ideología de estas formas institucionales de la sociedad indígena, como la reciprocidad, contienen una tal fuerza interpretativa, un discurso igualitario, que al nivel de la comunicación adopta formas de redistribución de la palabra⁹ y de las bases mensajes.

Si bien el vínculo entre los temas, y su tratamiento con cada nivel social, se vio mejor articulado en su nivel en el que concurren otros elementos, como el de ser manejados por dos indígenas del sector, y por tanto mediados en su propia lengua, realizados en los mismos lugares y ambientes en los que se circula la información interna de la comuna, sin embargo fue la posibilidad de un activo esfuerzo por situarlos, un método que normalice, no solamente una forma de interpretación de lo que maneja y adscribe el indígena en sus prácticas y conductas, sino fundamentalmente

9 Sánchez-Parga, J. "Aprendizaje, conocimiento y comunicación en la comunidad andina". 1988.

aquello que tiene que ver con los procesos de pensamiento, con las potencias de este como razón válida hacia la concreción de una forma propia de plantearse críticamente un encuentro y una interpelación con un pensamiento como el occidental.

Conclusiones

Aunque esta, no logra ser una exposición acabada de este ensayo metodológico de capacitación, creemos que si permite relievar:

- La consideración de proceso de capacitación fundado sobre una matriz que da cuenta del carácter colectivo que presenta la sociedad indígena, expresado tanto en sus prácticas (productivas y reproductivas) como en las mismas representaciones de su universo conceptual;
- La orientación de una capacitación que se reproduce en un modo de pensamiento tradicional: en su potencia crítica e interpretativa; y
- La posibilidad de repensar un procedimiento comunicacional que rescate una metodología que asuma como reto el encuentro entre las categorías del pensamiento indio y el occidental.