



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad Educación y Humanidades  
Departamento de Ciencias Sociales



## **“Me gusta mi matrona, porque me entiende cuando le hablo”**

### **Vivencias de mujeres migrantes haitianas sobre la atención recibida en la unidad de maternidad de un Hospital de Chillán.**

Memoria para optar al título de psicóloga

**Autora:** Macarena Alejandra Márquez Ventura

**Docente guía:** Soledad Martínez Labrín

Chillán, Diciembre del 2019.



### *Dedicatoria*

*Agradezco las buenas energías recibidas durante este proceso de investigación, de mi familia, amigas y de la profesora Sole, quien con su conocimiento y cariño fue fundamental en lograr concretar este lindo proyecto.*

*También hago especial mención a las mujeres que participaron en la investigación, sobre todo a Holanda que se convirtió en una persona especial en el periodo en el que trabajamos juntas.*

*Y por último me agradezco a mí, por darme la oportunidad de realizar este proyecto, el cual al principio fue tomado como un gran desafío, terminó transformándose en una gran satisfacción para mí, haciendo un aporte importante a mi desarrollo personal.*

Índice	
<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. Presentación del problema</b>	<b>1</b>
II.1. Planteamiento del problema	1
II.2. Justificación	2
II.3. Preguntas de investigación primaria y secundaria	4
II.4. Objetivos general y específicos	4
<b>III. Marco referencial</b>	<b>4</b>
III.1. Antecedentes teóricos	4
III.2. Antecedentes empíricos	7
III.3. Marco epistemológico/ reflexividad.	10
<b>IV. Diseño metodológico</b>	<b>15</b>
IV.1. Metodología y diseño	15
IV.2. Técnicas de recolección de información	17
IV.3. Instrumentos	17
IV.4 Población	28
IV.5. Análisis de datos propuesto	29
IV.6. Criterios de calidad	31
IV.7. Aspectos éticos.	32
<b>V. Presentación de resultados</b>	<b>35</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>43</b>
<b>VII. Referencias</b>	<b>58</b>
<b>VIII. Anexos</b>	<b>65</b>

## **I. Introducción**

Este trabajo corresponde al reporte final de un proceso de investigación para optar al título de psicóloga, que establece una interrogante relacionada con un tema de interés para la investigadora y que corresponde a una situación problema claramente identificada. Junto con esto, se establecen objetivos generales y específicos, los cuales están fundamentados por aspectos teóricos, empíricos, epistemológicos y metodológicos. También se consideran criterios de calidad presentes en la investigación junto a dispositivos con los que se resguardaron tales criterios, con los cuales se da coherencia al estudio. Además, se consideran criterios éticos, los que dan valor, importancia y resguardo a la población estudiada.

El acercamiento a través de los relatos de mujeres haitianas inmigrantes sobre las vivencias en relación a la atención en salud reproductiva que enfrentan, hacen que este estudio tenga una perspectiva más cercana a la realidad de las personas estudiadas, validando sus relatos y, teniendo una participación activa de la investigadora. Esto permite tener resultados contextualizados y coherentes con la realidad que viven las personas.

La investigadora mantuvo una actitud reflexiva en relación a cada momento de la investigación, desde el planteamiento del problema, a la interpretación de los resultados, lo que permitió tener una visión clara de las propias experiencias que fueron surgiendo en relación a la investigación.

## **II. Presentación del problema**

### **II.1. Planteamiento del problema**

El constante flujo migratorio existente en América Latina y en Chile, es un fenómeno que se acompaña de un gran impacto en la población en general, a raíz de las diferencias culturales y distintos aspectos epidemiológicos en cuanto a salud. Especialmente el ámbito de salud materno infantil, es relevante hablar de inmigrantes haitianos/as (Sánchez, Valderas, Messernger, Sánchez y Barreras, 2018). Ya que, la mayoría de los migrantes vienen en busca de oportunidades de

trabajo y una mejor calidad de vida (Tijoux y Córdoba, 2016), el país donde llegan debe ser un lugar donde las personas se sientan acogidas y puedan encontrar un lugar de bienestar para vivir (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017). Por ello, se hace necesario revisar las políticas migratorias existentes, sobre todo considerando que, en Chile según estudios estadísticos, ha habido un aumento sustancial en la llegada de inmigrantes haitianos/as (INE, 2018). Además, según lo expuesto por Sánchez et al (2018), se han constatado deficiencias significativas en materia de protección de derechos de las personas migrantes en Chile, lo cual da una clara visión de que es necesario revisar íntegramente la legislación del estatuto jurídico en temas de migración.

La salud reproductiva, tal como lo considera el Ministerio de Salud (en adelante MINSAL, 2018), es un derecho para todas las personas, y es un aspecto que condiciona el desarrollo pleno de los individuos. Por ello, se considera un proceso ininterrumpido en la vida humana, ya que abarca desde el sexo, las identidades, roles de género y reproducción, todo esto influido por factores biológicos, psicológico, sociales y culturales (OMS, 2006). Considerando como parte de la salud reproductiva las vivencias que las personas tienen en relación a los servicios que le entregan los lugares donde acuden para ser atendidas, es primordial abordar este tema desde estrategias y programas de salud de manera diferenciada (MINSAL, 2015). Este tema no está siendo abordado específicamente para esta población, considerando las grandes diferencias culturales existentes y la barrera idiomática que caracteriza la comunicación y por ende la adaptación y buena acogida de mujeres haitianas inmigrantes que requieren atención en el ámbito de salud reproductiva (Sánchez et al, 2018).

## II.2. Justificación

Mediante esta investigación se buscó, primeramente, visibilizar la migración como un tema social necesario de ser abordado. Considerando todos los ámbitos relacionados, como la adaptación de los servicios públicos para la atención de población inmigrante, específicamente mujeres haitianas, con quienes existen barreras culturales por temas idiomáticos (Sánchez et al, 2018). También, es importante considerar el deficiente desarrollo de políticas migratorias en el país, la

cuales, al estar actualizadas y revisadas, permitirían un mejor acceso a los servicios públicos de los/as migrantes y además una mayor y mejor información para este grupo de personas (El Mostrador, 2017).

Según Rojas (2015), la población haitiana presenta dificultades en términos de inclusión en Chile, por lo que se hace necesario investigar el tema y, específicamente, la atención en salud reproductiva como un tema social, considerando las vivencias desde las propias mujeres haitianas. Según Cabieses, Bernales y McIntyre (2017), es importante saber cuáles son las vivencias de la población migrante, en relación a la atención que perciben en el ámbito de la salud reproductiva, sobre todo en mujeres haitianas. Es relevante tener un acercamiento a los límites que se construyen en base a las diferencias culturales que existen, las cuales mediante etiquetas y estereotipos hacen que estas personas se sientan ajenas, extrañas o desconocidas a esta realidad, siendo que pertenecen al mismo territorio. En relación a la relevancia disciplinaria de este estudio, se puede considerar que esta investigación aporta a la psicología del desarrollo, ya que según lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud (1998), la salud reproductiva es un periodo continuo de la vida, que parte antes de la concepción, siguiendo por la educación en la infancia. Incluye el desarrollo adolescente y contempla el periodo de fecundidad y reproducción.

Además, hace importantes aportes a la psicología social, ya que da cuenta de las percepciones y atribuciones que mujeres migrantes tienen referidos a la salud sexual y reproductiva, lo cual ha sido un tema poco desarrollado desde esta área. Como también aporta a la psicología comunitaria, ya que se visibiliza la necesidad de establecer espacios comunitarios entre mujeres que están siendo atendidas en los servicios de salud, para hacer un levantamiento de necesidades de esta población. Y a través de la información recabada respecto a los conceptos de salud y enfermedad que tienen las mujeres migrantes haitianas, hace un aporte a la psicología de la salud.

### II.3. Preguntas de investigación primaria y secundaria

- Pregunta de investigación primaria:

¿Cómo son las vivencias relativas a la salud reproductiva de mujeres haitianas inmigrantes atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán?

- Preguntas de investigación secundarias:

1. ¿Cómo experimentan el periodo de puerperio mujeres haitianas atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán?
2. ¿Qué percepción tienen mujeres haitianas de la atención recibida en salud reproductiva de la unidad de maternidad de un hospital de Chillán?

### II.4. Objetivos general y específicos

- Objetivo general:

Comprender las vivencias relativas a la atención en salud reproductiva de mujeres haitianas atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán.

- Objetivos específicos:

1. Comprender las experiencias que reconstruyen sobre el periodo de puerperio mujeres haitianas atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán.
2. Reconocer las percepciones que tienen mujeres haitianas de la atención recibida en salud reproductiva de la unidad de maternidad de un hospital de Chillán.

## **III. Marco referencial**

### III.1. Antecedentes teóricos

Es relevante para efectos de los datos de esta investigación considerar el significado que tiene el concepto de vivencia, el cual, como unidad de análisis, se pueden considerar, según Vygotsky (1996), como la comprensión que tiene una persona de las circunstancias que la rodean, por lo que entregan un modo de interpretar, valorar

y otorgar sentido a la realidad en la que está inserta la persona; también incluye aspectos socioculturales y personales, los que constantemente interactúan, se amoldan. También, se puede entender como la elaboración que hace una persona de una situación, influida por su personalidad, sus experiencias anteriores, la capacidad de reflexión y el contexto donde se sitúa (Souza, 2010).

En términos más generales, Vásquez-De Kartzow (2018), considera que la salud significa en el contexto de migración, bienestar físico, mental y social de las personas que migran. Siguiendo con el concepto de salud, Valverde, Ortiz, Martín, Ruiz, Jerónimo, Martínez de la Ossa...y Martínez de Carvajal (2013), consideran que no sólo corresponde a un término biológico, sino que también psicológico y social, donde es necesario tener una comprensión de las circunstancias individuales y sociales que están enmarcadas dentro de un contexto histórico, cultural, social y económico de las personas. Por lo que es relevante la visión que tienen los/as profesionales del área de salud, ya que deben considerar las diferencias existentes en las personas atendidas, en relación a los valores, normas morales, diferencias en conceptos de familia, estilos de crianza, barreras culturales, etc.

En este mismo sentido tal como lo expone Roca (2001, en Grande, Linares, Álvarez y Pastor, 2015), las personas pertenecientes a una determinada cultura, enfrentan las enfermedades de forma diferente, además su sistema de salud, puede ser más o menos elaborado, por lo que el concepto de enfermedad es construido en base a esas experiencias culturales de cada persona, las cuales no siempre concuerdan con el país al cual llegan los/as inmigrantes, por lo que es relevante considerar las creencias que tienen sobre salud, enfermedad, curación y muerte.

Al momento de hablar de mujeres inmigrantes, es importante considerar el país de procedencia de quien se está atendiendo, ya que es sabido que el concepto de salud y enfermedad es diferente para cada cultura (Valverde et al, 2013). Se considera que los prestadores de salud en Chile, mantienen una visión universalista de la atención, sin considerar otros aspectos al momento de atender a una mujer, como su cultura y realidad social. Además, al momento de considerar estos aspectos son vistos como un obstáculo para la buena atención en salud pública (Núñez, 2011).

Según lo expuesto por Núñez (2011), existen barreras tanto de orden legal como económico, para el acceso a salud de la población migrante, pero también persisten limitaciones socioculturales, las cuales no permiten que mujeres inmigrantes accedan, por ejemplo, a programas de anticoncepción, por lo que, para comprender la relación de las mujeres migrantes con la salud reproductiva, es necesario verlo a través de un enfoque de género, lo cual busca la identificación de los diferentes factores que obstaculizan o promueven, a las mujeres y otras construcciones de género, el desarrollo pleno de sus derechos y el respeto por la igualdad y la no discriminación (Política Nacional de Salud Reproductiva, 2018). Valverde et al (2013), consideran que la salud reproductiva de mujeres inmigrantes es un tema de preocupación para la salud pública, ya que es importante considerar las condiciones de parto, uso de métodos anestésicos y un seguimiento integral del embarazo.

En el contexto de la salud reproductiva, la cual se define como un estado de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, abarcando sus procesos y funciones (Mazarrasa y Gil, 2006). En Chile, existe un cuestionamiento, tanto en la forma de cuidado de los/as niños/as, como también en el ejercicio de este cuidado a distancia, ejercido por algunas madres inmigrantes (Núñez, 2011). Relacionado con la salud maternal, se integran los conceptos de embarazo, parto y puerperio, el cual se define como el periodo de vida de la mujer que sigue al parto (Peralta, 1996). Es una etapa de transición, que tiene duración variable y que puede estar dentro del rango de 6 a 8 semanas. Es en este periodo donde se inician y desarrollan los procesos de lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno, considerando dentro de este a la familia y la cultura (Peralta, 1996). Según lo expuesto por Misol (2009), la mujer en este periodo debe recibir información real sobre los cambios que experimentará, además de comprensión y apoyo de familiares y personal sanitario, logrando así una mejor adaptación y desarrollo de esta etapa. También es importante visibilizar que los roles maternos, en los cuales se identifica a la figura materna, principalmente como quien ejerce el rol de cuidadora, pero también de trabajadora, estudiante y ama de casa (Cristiani, Bertolotto, Anderson, Polinelli, Collavini, Seijo... y Delfino, 2014). Estos roles, están determinados socialmente, y son dados por la cultura de la mujer que está vivenciando el estado de puerperio y éstos, influyen en

las expectativas e ideas en relación a cómo deben ser sus comportamientos, sentimientos y pensamientos durante este periodo (Pérez, 2011).

### III.2. Antecedentes empíricos

Según datos del Censo del 2017, la migración de personas haitianas ha ido en incremento, ya que, desde el censo del año 2002, donde el porcentaje de migrantes era de 1,27%, en el último censo, se censaron 746.465 migrantes residentes en Chile, lo que representa el 4,35% del total residente en el país (CENSO, 2017).

Hoy, se observa que la cantidad de migrantes nacidos en Haití, que han llegado a Chile, es de 62.683 personas, lo que corresponde a un 8.4% del total (CENSO, 2017).

Según datos de Extranjería (2018), en el periodo entre 2005 y 2017 se otorgaron un total de 17.715 permanencias definitivas a extranjeros/as provenientes de Haití y estas permanencias tuvieron un crecimiento promedio anual de 199%. El mayor aumento de permanencias definitivas se ha evidenciado a partir del año 2014 y ha ido cada vez más en aumento. Al momento de considerar la composición por sexo de las personas haitianas que recibieron los permisos de permanencia, se observa mayor cantidad de hombres que mujeres, las cuales alcanzan un porcentaje de 30,6% con respecto a los hombres, las edades fluctúan entre los 33 a 44 años de edad (Extranjería, 2018).

Según datos que se relacionan con la atención en salud pública de población migrante, se considera que presenta una desigual representación en el sistema público respecto a los/as chilenos/as (CASEN 2015). Mientras el 77,7% de estos últimos pertenece al sector público Fondo Nacional de Salud (en adelante FONASA), en el caso de los/as migrantes, corresponde al 62% (CASEN 2015).

Datos entregados por el Registro Civil (2015), señalan que el 2010 solo un 3,3% de los/as nacidos/as en Chile, tenía al menos un padre o madre extranjero/a, y al año 2017 esa cifra ha aumentado en un 8,6%. Junto a esto, se estima que el año 2017, el porcentaje total de partos de mujeres inmigrantes alcanzó el 60%, siendo especialmente notorio el incremento de partos de mujeres provenientes de Haití,

alcanzando la segunda nacionalidad en partos de inmigrantes, después de Perú, con un 26,5% del total de partos. En relación al periodo de embarazo de mujeres inmigrantes, las prestaciones legales que les permiten acceder a una visa de residencia y con ello acceso a salud, está estipulado en el Oficio Circular N°1179 del Ministerio del Interior, del 2003, sobre “Atención de salud a mujeres embarazadas inmigrantes”.

Según la Política Nacional de Salud Reproductiva (en adelante, PNSR, 2018), la sexualidad y reproducción deben ser vividas de forma plena y con adecuada respuesta en la atención de salud; considerando el respeto a los derechos humanos, el periodo de vida, el ejercicio de identidades culturales, libre de toda forma de discriminación y violencia, buscando brindar a las personas que acceden a los servicios de salud bienestar personal, familiar y social. En relación a la atención en salud reproductiva, según el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008), se proponen distintas áreas a abordar en este proceso con las personas que son atendidas, pero dentro de las que se pueden considerar como relevantes para la atención en población migrante, expuestas en este manual son el modelo de atención integral y humanizada de salud, determinantes psicosociales en el proceso reproductivo, calidad de atención, atención prenatal, trabajo de parto, atención integral en postparto y promoción y apoyo de lactancia materna. El MINSAL (2018), propone un enfoque intercultural de atención en salud reproductiva, el cual tiene como objetivo la vinculación, integración y articulación de las diferencias culturales que pudieran existir al momento de prestar atención.

Según normativas legales estipuladas en la Constitución Política de 1980, el artículo 19 numeral 9°, refiriéndose al derecho a la protección de la salud como garantía constitucional que el Estado asegura a todas las personas, en los siguientes términos: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”. En relación al acceso a prestaciones de salud para población inmigrante es importante considerar la normativa general del reciente Decreto Supremo N° 67 del 2016 del Ministerio de Salud, que modifica al Decreto Supremo N° 110 que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de

recursos o indigentes, incorporando una cuarta causal, la cual corresponde a que si un migrante carece de residencia regular o visa, su situación irregular no constituye un obstáculo para acceder a FONASA en calidad de indigente o carente de recursos, de la misma forma como un/a chileno/a. Esta modificación, además de tratarse de un importante avance en materia de equidad en salud, al equiparar los derechos de personas inmigrantes y nacionales en iguales condiciones, constituye una importante medida de salud pública y de inclusión social de la que se beneficia todo el país (MINSAL, 2017).

Como ejemplo de lo anteriormente descrito según un estudio realizado dentro del Hospital Clínico San Borja Arriarán (en adelante HCSBA) el 2018, se determinó que la mortalidad materna en el año 2016 aumentó a 70,83 por 100.00 nacidos vivos, existiendo dos muertes maternas durante ese año de mujeres inmigrantes haitianas. Según el informe del Comité de auditoría del HCSBA (2018), se ha observado en la mujer embarazada inmigrante falta de control del embarazo y pesquisa tardía de morbilidad materna y fetal.

Las mayores dificultades que se generan en la atención en salud pública con mujeres haitianas, es la imposibilidad para establecer una comunicación adecuada, la falta de controles previos al parto por temas culturales, falta de información y miedo por no tener residencia definitiva; según lo reportado por una funcionaria del Hospital de la Florida en el diario digital “El mostrador” (2018).

Según estadísticas del Hospital San José de la comuna de Recoleta, unos de cada cuatro niños son de madre extranjera y un 24% son de mujeres haitianas.

En relación a las condiciones de parto reportadas por una mujer haitiana en el diario digital “El Mostrador” (2018), llamada Ertha Blanchet, se menciona que, al momento de ingresar a la atención pública, no podía comunicar exactamente donde le dolía y que estaba sintiendo.

Existe en Santiago una fundación llamada “Patronato Madre-Hijo”, la cual tiene como fin atender a niños/as chilenos/as e inmigrantes hasta los 3 años, el cual dispone de diferentes áreas de disciplinas para la atención y según lo mencionado en “Revista Paula” (2017), del 11% de extranjeros atendidos, 74% correspondía a

pacientes haitianos/as. La fundación ha instaurado formas para facilitar el acceso y la comunicación a través de afiches en créole, contratación de traductores y salas con diccionarios.

En el contexto de la región de Ñuble, según datos aportados por el INE (2018), se estima que, del total de inmigrantes internacionales de Ñuble, 59,6% (2.061 personas) llegaron a Chile entre 2010 y 2017; 16,3% (564 personas) entre los años 2000 y 2009; 14% (485 personas) entre los años 1990 y 1999; y 10,1% (351 personas) llegó antes de 1990. De esta población residente en la región el mayor porcentaje son provenientes de Argentina, seguido por Colombia y Haití con un 10,4%.

### III.3. Marco epistemológico/ reflexividad.

El marco epistemológico desde donde se situó esta investigación integra diferentes conceptos que dan relevancia al contexto de investigación vista desde donde se posiciona la investigadora. Particularmente, esta investigación se posiciona desde la epistemología del Sur, que intenta rescatar las voces de las poblaciones subalternas realizando un especial cuestionamiento a la relación tradicional de investigación, en la que se coloniza al otro/a (de Sousa Santos y Meneses, 2014).

El primer concepto a profundizar corresponde al de conocimiento situado, del cual es importante recalcar lo expuesto por Cruz, Reyes y Cornejo (2012), quienes postulan que el/la investigador/ra se hace parte de forma afectiva y cognitiva en el proceso de investigación con las personas que son investigadas. Al momento de investigar el/la investigador/ra de cierta forma tiene implicancia en el tema a investigar y en el contexto investigado, por lo que considerando lo expuesto por Harding (1999), la producción de conocimiento debe ser de forma socialmente comprometida y responsable, lo que daría cuenta de una constante actitud reflexiva por parte de los/as investigadores/ras. El conocimiento que se logra obtener de las personas que participan de un estudio se debe aceptar considerando su naturaleza como también la cultura y el contexto, y ser aceptadas como agentes activas (Cruz et al., 2012).

El conocimiento situado, hace de la subjetividad en la investigación un elemento central, lo cual da valor a ésta, y considera que el conocimiento se puede generar desde la práctica conjunta y no sólo desde la objetividad de la teoría (Yutas, 2015). Se da relevancia a la construcción de los significados y sentido que las personas otorgan a su entorno (Yutas, 2015). Según lo expuesto por Pazzini (2014), el conocimiento se produce dentro de contextos históricos y sociales particulares. En esta investigación el abordaje que se realizó del tema investigado, tiene como fundamento la subjetividad de las mujeres con las que se trabajó, ya que se buscó recoger experiencias y percepciones en relación a un tema en el que la cultura y el contexto son determinantes.

En esta investigación, la población de estudio está compuesta por mujeres, pertenecientes a una cultura y país diferente al que habitan actualmente, por lo que fue relevante tener una mirada que permitiera dar mayor comprensión y amplitud al momento de establecer un contacto con aquellas mujeres, por lo que el concepto de feminismos negros logró dar una guía de acceso más comprensiva. Mujeres feministas negras han podido establecer que existe una postura hegemónica del feminismo, nacida principalmente en occidente, que según como lo relata Hooks (2004), es desde las feministas “blancas”, quienes mantienen una visión paternalista y condescendiente en su relación con mujeres afrodescendientes. Desde esta visión, las mujeres negras todavía son consideradas como “objetos”, sumergidas en un discurso hegemónico sobre raza, por lo que esta misma autora considera que al ser “objetos”, siguen manteniendo una posición inferior. Collins (2005), postula que desde este enfoque se mantiene una exclusión histórica, ya que existe una imagen estereotipada de las mujeres de piel negra que se sumerge en la cultura popular, esto hace que las mujeres no tengan la libertad de definir su propia realidad, al estar posicionadas como “objetos”, la identidad y la propia historia está determinada por otros/as.

Dentro de este marco, comenzó a emerger un movimiento de mujeres feministas negras, quienes orientaron su trabajo principalmente a la deconstrucción y reconstrucción de las categorías en que se sumergía la imagen de las mujeres afrodescendientes (Jabardo, 2012). Desde este movimiento se logra la

configuración de una categoría de mujer negra, que permite que se identifiquen con nuevas imágenes, con un discurso más cercano a su realidad y a la vez les permite diferenciarse de los discursos feministas hegemónicos, situando como ejes de lucha el racismo y el legado de la esclavitud, los cuales son considerados como las formas opresoras de femineidad y de sexualidad, es por esto que se considera que cualquier forma de opresión dentro de las comunidades de afrodescendientes están enmarcadas dentro de la idea de racismo (Jabardo, 2012).

Es por esto que al considerar un estudio donde exista la interculturalidad, es necesario que exista un ejercicio de creatividad por parte de la investigadora, ya que se busca poder incorporar a otras mujeres dentro de un discurso, en este caso una investigación, donde se reconozcan, por lo tanto, deben ser entendidas desde sus propios códigos (Jabardo, 2012).

El concepto de interseccionalidad, acuñado por Crenshaw (1991), permite tener una mirada de las distintas formas de discriminación que existen y cómo estas interactúan y se constituyen mutuamente, además de considerar que género, raza y clase mantienen una constante interacción. El centro de esta perspectiva está en las desigualdades sociales (Winker y Degele 2011). Los principales términos que se generan de este concepto están relacionados con la importancia que tiene la persona que se encuentra en el cruce de los diferentes sistemas de discriminación, frente al cual no se puede explicar su experiencia de discriminación sin considerar su categoría social previamente, como siendo considerada siempre como un caso aislado, en esta investigación este concepto se evidenció dentro del grupo de mujeres que participaron, ya que cada una tiene experiencias propias, las cuales las hacen diferentes unas de otras dentro del mismo grupo de mujeres haitianas, por lo que se vuelve relevante al momento de trabajar con ellas, considerar sus propias historias, experiencias y percepciones, ya que así se logra poner en evidencia las vivencias de las mujeres que están siendo investigadas (La Barbera, 2015). Este concepto se puede analizar a través de tres dimensiones, la primera, estructural, la cual permite, identificar cómo las mujeres afroamericanas se mantienen en el cruce de sistemas de subordinación, lo cual genera que la forma de discriminación que sufren estas mujeres sea distinta al que puede sufrir una

mujer blanca u hombre afroamericano. A nivel político, se puede considerar áreas como la marginalización de las mujeres afroamericanas a través del feminismo liderado por mujeres blancas y cómo las políticas impuestas, que buscan la igualdad de género, desempoderan a las mujeres migrantes. Por último, a nivel representacional, indaga en la construcción cultural que tienen las personas subordinadas, dando cuenta, cómo los medios de comunicación reproducen situaciones de desventaja y marginación de esta parte de la sociedad (La Barbera, 2015). Como parte importante de la interseccionalidad se define que la identidad y las experiencias de las personas que se cruzan, están estrechamente vinculadas a las experiencias sociales, que se juntan en los sistemas de opresión (Rosenthal, 2016). Este mismo autor, además postula, que la interseccionalidad permite tener una visión de la realidad social y de los grupos oprimidos, considerando la justicia social y la equidad como objetivo nuclear.

En esta investigación existe, además de una diferencia cultural con las mujeres que se estudiaron, también una diferencia a nivel lingüístico, ya que la población de estudio, utiliza otro idioma, propio de su país de origen, por lo que, para poder abordar de mejor manera esta diferencia con la investigadora, se hizo importante involucrar el concepto de diálogo de saberes propuesto por Leff (2001). Este autor parte de la base de que existe una crisis civilizatoria, la cual hace que las personas se cuestionen el sentido de la vida y la realidad humana. Como solución a esto, propone el término de racionalidad ambiental, el cual busca principalmente, el rescate de los saberes locales y una relación horizontal de estos saberes con los científicos (Rea, 2016). Rea (2016), destaca que, al considerar esta forma de relación, se permite el reconocimiento de identidades culturales diferentes y sus respectivos saberes, además, se logra distinguir la total autonomía de las personas en la construcción de mundos diversos. El diálogo de saberes, implica un espacio de manifestación y encuentro entre la diversidad cultural, donde se da vida a espacios que generan colectivos sociales, cosmovisiones y formaciones simbólicas, que se expresan a través de saberes que dan forma a la identidad cultural (Rea, 2016).

## Reflexividad

El tema de la inmigración me interesó ya que en este contexto histórico donde la llegada de inmigrantes de diferentes nacionalidades y que está causado un interés y cierto revuelo social, lo considero un tema contingente y necesario de ser abordado desde diferentes perspectivas. En relación al tema de la atención en salud reproductiva creo que la maternidad y todo lo que ello conlleva es una etapa que en cada cultura se vive de forma diferente y que es importante en la vida de una mujer y su entorno, por lo que se hace relevante que el lugar donde sea atendida sea un entorno donde se sienta acogida y apoyada, además respetada con su forma de vivenciar este periodo, por lo que creo necesario investigar en relación a estos temas en lugares donde acuden mujeres inmigrantes y que muchas veces no están siendo bien atendidas por barreras culturales y falta de formas de intervenir en estos casos.

Quiero investigar a través de relatos de mujeres inmigrantes haitianas, sobre las vivencias que tienen en la atención en salud reproductiva en servicios públicos y desde ahí poder aportar a instituciones donde una gran cantidad de mujeres llegan a vivir este proceso y que así se puedan detectar las mayores falencias y las necesidades que tienen estas personas para poder desarrollar instancias donde estas mujeres se sientan más acogidas y comprendidas en relación a las vivencias que ellas tienen con respecto a este tema, que no tiene por qué ser abordado de la misma forma que lo hacen con mujeres chilenas.

El fin mayor es ser un aporte en desarrollar espacios que permitan a los/as inmigrantes en este caso madres, a que se puedan adaptar de mejor forma a la nueva vida dentro de un nuevo país y junto con esto que tanto funcionarios/as de lugares público como lo es el hospital tengan mayores herramientas para comprender las diferencias culturales que pudieran existir en temas como la maternidad.

## **IV. Diseño metodológico**

### **IV.1. Metodología y diseño**

Según Strauss y Corbin (2002), la metodología cualitativa busca estudiar aspectos de la vida de las personas que tengan que ver con experiencias vividas, comportamientos, emociones y sentimientos, como también el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y los fenómenos culturales. Considerando la naturaleza ontológica de la pregunta de investigación, el acercamiento hacia la población estudiada y el objeto de estudio de las vivencias de mujeres inmigrantes haitianas, lo cual está principalmente ligado al ámbito de la subjetividad, es pertinente a la metodología cualitativa.

El método utilizado en esta investigación correspondió a la investigación acción, ya que es considerada una forma de investigar que busca generar cambio social. Desde esta posición metodológica y, en concordancia con la epistemología, se buscó promover la transformación, a través del conocimiento, en una constante dinámica entre la práctica y la teoría, considerando siempre como principios básicos de esta perspectiva, el ver a las personas dentro de un contexto histórico y considerarlas como parte de una realidad determinada. La relación entre la investigadora con las personas, desde esta visión, es de sujeto-sujeto, lo cual permite tener una comprensión vivencial de los hechos y procesos de las personas y el agente externo llega a la población de estudio como un facilitador del proceso, para la producción de conocimiento (Rodríguez y Hernández, 1994). Desde esta perspectiva, se considera que las personas deben ser partícipes de todo el proceso de investigación, teniendo como objetivo principal que la comunidad logre un proceso de catarsis, donde surja desde ellos/as el potencial de liderazgo que pudieran tener como personas (Park, 1990).

En las etapas iniciales de la investigación acción se propone que la comunidad logre analizar los problemas que les aquejan, este proceso se puede realizar a través de diferentes técnicas, las cuales contribuyan en el reconocimiento de estos (Park, 1990), a través del acercamiento a la población a las problemáticas. Mediante medios audiovisuales, como videos y/o fotografías, los cuales muestren parte de las

situaciones críticas que pudiese estar vivenciando la comunidad, lo que permitiría que las personas logren hablar o discutir sobre sus problemáticas, con mayor facilidad.

En relación a la forma de acceder a la información, este tipo de metodología, propone el diálogo. Según Park (1990), el diálogo significa poder hablar entre iguales, generando un intercambio constante de información y a la vez sentimientos y valores. Es por esto que el proceso de interacción que se genera entre las personas, es de gran relevancia en esta forma de investigación, porque es ahí, donde se produce conocimiento sobre los hechos, no sólo individuales, sino que también a nivel colectivo (Park, 1990).

Murillo (2011), considera que la investigación acción se caracteriza por ser de carácter práctica, ya que este tipo de metodología no sólo busca generar nuevos conocimientos a nivel teórico, sino que también poder mejorar las prácticas dentro de una comunidad. El/la investigador/ra en este tipo de investigación no actúa desde el rol de experto/a, si no que como co-investigador/a, logrando una relación simétrica, ya que se busca establecer una relación de iguales con los/as participantes.

En cuanto al diseño de la investigación, se utilizó el fundamentado, ya que al trabajar desde las vivencias de las propias mujeres estudiadas y con una población de mujeres inmigrantes, dentro de un contexto social diferente al de su país de origen y en un periodo social donde se ha evidenciado un aumento de migración de personas reciente a Chile, es de considerar que la teoría se produce una vez obtenido los datos, a nivel de resultados y/o conclusiones y no a partir de teorías previas. Según lo descrito por Sandoval (1997), quien considera que, a través del diseño fundamentado, se busca desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente recolectados y analizados. A partir de esta estrategia el/a investigador/a se acerca a la realidad primeramente y luego conceptualiza los datos. Además, se consideró el incipiente marco de conocimiento investigativo que hay respecto al tema en este contexto de estudio, por ser un hecho social que se está evidenciando recientemente en este país.

## IV.2. Técnicas de recolección de información

Como técnica de recolección de información se utilizó la educación popular, por su concordancia con el fin de este estudio, porque contribuye en la transformación y liberación de un cierto sector popular (Cano, 2012). Además, facilita el desarrollo comunitario aportando con alternativas de superación, elaborando de forma colectiva nuevas oportunidades de transformación a partir de las realidades propias de la población (Coppens y Van de Velde, 2005). Parte de los principios fundamentales propuestos por esta técnica, corresponden a poder facilitar en un grupo social el reconocimiento de su propia realidad y cómo las personas se desenvuelven en ella, el ser capaz de favorecer el desarrollo a nivel colectivo y personal a través del análisis y comprensión y transformación de la realidad (Coppens y Van de Velde, 2005), lo que en esta investigación se canalizó través de realización de talleres, en los cuales se integra la transmisión de conocimiento desde la investigadora a las mujeres participantes, como también las participantes integran conocimiento de su propia realidad y lo utilizan a favor de lograr un transformación de esa realidad.

## IV.3. Instrumentos

Se aplicó como instrumento, el taller, el cual tiene como principales características, que integra el trabajo práctico con la teoría, que debe existir un grupo de personas que trabajen en torno a una tarea, donde el fin es la transformación y creación colectiva; por lo tanto, el taller es una instancia de trabajo con y en grupos, una metodología que busca alcanzar objetivos preestablecidos, a través de variadas técnicas aplicadas en el transcurso del taller (Cano, 2012).

Algunas de las características del taller determinadas por Cano (2012), son ser una forma de trabajo limitada en el tiempo, tener una cantidad de sesiones previamente determinada; tener objetivos específicos; se produce a través de un proceso, donde existe una apertura, desarrollo y cierre; la meta principal es la generación de aprendizajes y transformación de una situación y los/as participantes.

Para realizar un taller hay que tener en cuenta algunos elementos para concretarlo, primero, tener en cuenta los objetivos, en este caso, los objetivos de cada sesión

fueron determinados en relación a los objetivos del estudio; además considerar a quiénes va dirigido, conocer las características de las personas, la cantidad, género, actividad laboral, etc. con el fin de poder determinar algunas consideraciones previas para potenciar la participación y valoración del saber de todos/as los/as integrantes. En esta investigación, el instrumento fue escogido, justamente considerando la población de estudio, ya que permite tener un mayor acercamiento a las mujeres haitianas y poder dar un sentido de transformación a la investigación (Cano, 2012). Otro aspecto importante de considerar es el contenido de cada taller, el cual debe ser acorde a los objetivos, contenido y tiempo disponible, además debe existir una secuencia lógica, entre los tiempos que se dedican a cada tema, las técnicas que se utilizaran para cada sesión y por sobre todo mantener una propuesta novedosa.

Se convocó al taller a través de una invitación escrita, con la fecha hora y lugar, además del contenido a tratar en la sesión, con el fin de que fuera llamativa para las personas invitadas. En este caso, la invitación fue bilingüe. Para realizar el contacto con la población de estudio se utilizaron variados métodos, ya que al ser una población polémica el acercamiento a esta no fue fácil. Una de las primeras formas de acercamiento fue buscando agrupaciones dentro de Chillán que estuvieran compuestas por personas migrantes y entre ellas mujeres haitianas, lo cual se dificultó, ya que la mayoría de las agrupaciones que se han conformado dentro de la ciudad no han logrado tener muchas adherencia y continuidad por la situación de trabajo inestable en la que se encuentra la mayoría de la los/as migrantes haitianos/as, por lo que la siguiente forma de contactar mujeres que quisieran participar fue a través de personas informantes que tenían algún conocido/a que fuera de origen haitiano/a. Es así como se logra el primer contacto con dos mujeres haitianas las cuales tenían interés en participar, la primera fue contactada por vía telefónica, la cual no cumplía con el requisito de estar embarazada o tener un bebé que haya nacido en el Hospital de Chillán, por lo que ella entregó datos de contacto de conocidas de ella que si cumplían con esta condición. Al contactar a la primera, esta refiere estar interesada en participar, pero explica que se mantiene trabajando durante toda la semana y presenta dificultad para concretar una primera reunión informativa sobre la investigación. Luego al contactar a una segunda mujer haitiana,

esta se muestra interesada en participar, por lo que se coordina un encuentro para entregar mayor información sobre los alcances de la investigación y la modalidad de los talleres. Paralelo a esto, a través de otra fuente de información, se logra encontrar una ONG llamada “Luces del Futuro”, la cual brinda apoyo a mujeres, niños y niñas que viven en condición de vulnerabilidad en la región de Ñuble y al tener contacto con esta institución, da cuenta que en la actualidad mantienen a dos usuarias que son de origen haitiano, las cuales viven en ese lugar. Además, la ONG se muestra interesada en que sus usuarias participen de la investigación, por lo que ofrecen el lugar donde esta funciona para la realización de los talleres, aceptando además que pueda participar la mujer que había sido contactada previamente.

Luego se coordinó la realización de los talleres y se envió el contenido de cada uno a la ONG, para que estuvieran en conocimiento del trabajo. Para la planificación de los talleres se determinó que se harían en primera instancia cinco sesiones, lo cual fue modificado a tres sesiones ya que las mujeres participantes tenían dificultad para asistir a una mayor cantidad de sesiones.

En cada sesión se abordaron los objetivos de la investigación para lograr responder a la pregunta del estudio. A continuación, se presenta la planificación para cada sesión de taller, la cual en el transcurso de la aplicación de los talleres tuvo modificaciones por diferentes factores, tales como, el poco manejo del idioma español de las participantes y del creole de la investigadora, lo cual interfirió en la comunicación fluida entre las participantes y la investigadora, que fue mediado a través de la participante H, quien tenía un mejor nivel de español. Otro factor que interfirió en la planificación de los talleres, fue la contingencia nacional que afectó la realización del taller número 3, el cual fue reemplazado por entrevistas tipo cuestionario, las cuales permitieron entregar mayor densidad a los datos recolectados en los talleres.

El desarrollo de cada sesión de taller y la aplicación de la entrevistas tipo cuestionario están descritas luego del apartado de la planificación de los talleres, donde se explican las decisiones tomadas en el transcurso de la recolección de los datos y su respectiva justificación.

## **Planificación propuesta para los talleres:**

### **Sesión n°1:**

#### **Objetivos:**

1. Apertura, establecimiento del encuadre y presentación de las participantes.
2. Informar y reflexionar con las participantes sobre el concepto de salud reproductiva y las vivencias que han tenido respecto a este concepto.

**Materiales:** Proyector, computador, sillas, mesa, cartulina, plumones, hojas de oficio.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Participantes:** investigadora, 4 mujeres haitianas, posiblemente intérprete.

#### **Desarrollo:**

Esta sesión comenzará con una dinámica para que las participantes y la investigadora se conozcan, donde cada participante se presentará diciendo su nombre, edad, actividad que realiza y algún dato relevante que quiera contar al resto del grupo, luego la siguiente persona antes de presentarse dirá el nombre de la participante anterior, esto con el fin de que puedan ir aprendiendo los nombres de todas las participantes. Seguido a esto se presentará una introducción en relación al contenido de cada taller, contextualizando el fin de la investigación, la contribución que busca tener esta experiencia para las mujeres que participan y el rol que en la realización de los talleres.

Además, se establecerá el encuadre, el cual considerará, el lugar donde se realizará el taller, las fechas de cada sesión, la cantidad de sesiones, el tiempo de duración de cada una y además informar sobre los registros audiovisuales que se realizarán y su fin. Esto se realizará a través de una presentación de power point.

Finalmente, se le solicitará a cada participante dar su opinión respecto a los temas de los talleres y lo necesario de modificar o incluir en cada sesión.

Seguido a esto se les pedirá a las participantes que se ubiquen en círculo, y se procederá a mostrar un video de una entrevista que se realizó a un funcionario/a de la unidad de maternidad del hospital de Chillán, que explica en qué consiste la salud reproductiva. Luego de ver el video se les pedirá a las integrantes del taller que en una cartulina escriban en una parte, qué sabían respecto a la salud reproductiva, cómo es vivida en su contexto y en su cultura; y en otro apartado puedan escribir que rescatan del modelo de salud reproductiva de Chile, cuáles creen ellas son las mayores diferencias con el modelo de su cultura y qué les gustaría integrar al modelo de Chile.

Para finalizar cada una de las integrantes del taller tendrán un tiempo para reflexionar respecto a la actividad y rescatar los aspectos que para cada una es más importante a considerar en la salud reproductiva, cada una lo escribirá en una hoja y luego lo compartirá con el resto de las participantes.

Todas las actividades serán monitoreadas por la investigadora ante cualquier duda de las participantes.

## **Sesión n°2:**

### **Objetivo:**

1. Dar a conocer y reflexionar sobre los derechos que tienen en la atención en salud reproductiva mujeres inmigrantes en Chile.

**Materiales:** Proyector, computador, sillas, mesa, cartulina, plumones

**Tiempo:** 90 minutos.

**Participantes:** 4 mujeres haitianas, investigadora, posible interprete.

### **Desarrollo:**

Esta sesión comenzará pidiendo a cada participante que en un papel escriba lo que más y menos le gusta hacer en su vida cotidiana, luego se juntaran todos los papeles en una caja y se les pedirá a una de las integrantes que saque uno de los papeles e intente adivinar quién escribió eso, luego quien lo haya escrito que cuente porque escribió eso y contar un poco más sobre su experiencia. Esta actividad

tendrá como fin poder establecer un ambiente de mayor confianza en el grupo y conocer más a cada integrante.

Luego se presentará un video en el cual un/a profesional del ámbito de la salud explicará cuales son los derechos y leyes que amparan a las mujeres inmigrantes en relación a la atención en salud reproductiva en el servicio público.

Para continuar se realizará una actividad en la cual participarán en parejas, se les entregará tarjetas con diferentes respuestas relacionadas con el tema expuesto en el video, luego se proyectarán preguntas y ellas presentarán la tarjeta que consideren corresponde como respuesta a la pregunta presentada, por cada respuesta correcta se les entregará un premio como estímulo.

Para finalizar cada una de las participantes tendrá un espacio para reflexionar sobre los principales problemas y dificultades que han tenido en términos legales para ser atendidas en la salud pública y cómo han sido las respuestas que han tenido de parte de los servicios de salud. Cada una expondrá sus reflexiones y se dará cierre a la tercera sesión.

### **Sesión n°3:**

#### **Objetivo:**

1. Reflexionar y conocer, las experiencias que han tenido en el periodo de puerperio mujeres haitianas.
2. Cierre y compartir experiencias del proceso de los talleres.

#### **Materiales:**

Proyector, computador, sillas, mesa, cartulina, plumones, hojas de oficio.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Participantes:** 4 mujeres haitianas, investigadora, posible intérprete.

#### **Desarrollo:**

A cada participante se le entregará una guía donde se expliquen a través de imágenes todas las etapas que incluye el periodo de puerperio y cada mujer al lado

de la imagen deberá escribir cómo fue su experiencia, cómo fue atendida, qué le enseñaron, cómo se sentía ella, cómo reaccionó su entorno cercano, entre otras. Buscando evocar recuerdos de ese periodo a través de las imágenes expuestas. Luego se le pedirá a cada una que puedan compartir lo que han escrito al lado de la imagen y en conjunto poder hacer un resumen en el cual se puedan diferenciar las experiencias buenas y malas que tuvieron durante el proceso y cómo creen ellas que las que son consideradas malas podrían mejorar en el contexto de salud y desde ellas también.

Para finalizar se le pedirá a cada mujer que pueda expresar cómo ha sido su experiencia en el taller, que puede rescatar y qué ha podido aprender.

Además, se les pedirá que en una hoja puedan dibujar la mujer que ellas consideran que eran antes de entrar al taller y en la otra parte cómo creen ellas que se van.

Luego se les entregará un reconocimiento por su participación y se dará cierre al taller con palabras de la investigadora.

### **Aplicación de los talleres**

En este apartado se describe la realización de los talleres y además los cambios respecto a la planificación inicial y el motivo de estos.

### **Sesión n°1: “Reflexionando sobre salud reproductiva y maternidad”**

El primer taller se realizó durante la mañana del viernes 11 de noviembre, asistieron tres mujeres haitianas que serán llamadas en adelante durante la redacción de la metodología con el fin de resguardar su identidad a través de las letras correspondientes a la inicial de sus nombres las cuales son: H, D y M, D y M son usuarias de la ONG Luces del Futuro donde se realizó la actividad y H es una mujer contactada externamente, que fue invitada al taller. Al inicio del taller, se dio a conocer el nombre de la investigación y el objetivo de esta, la información se presentó a través de power point, la cual estaba en idioma español y creole, para la mejor comprensión de las mujeres presentes, de las cuales solo H maneja bien el idioma español, por lo que además de la traducción en la presentación, H también contribuyó en la traducción de algunos elementos importantes de la presentación.

A través de esta misma modalidad expositiva, se presentó el encuadre, el cual contenía la firma del consentimiento, que fue entregado a cada mujer impreso en una versión en español y creole, cada una lo leyó atentamente y luego de asegurarse de que no surgiera ninguna duda, cada una prosiguió a firmar. Cabe mencionar que en el transcurso del taller, una de las integrantes, la mujer M se mostraba incómoda y poco atenta a las indicaciones que se le iban dando, contraria a la actitud de las otras dos mujeres H y D, que mantuvieron su atención y participación las veces que se les pidió intervenir. Luego de estar firmado el consentimiento, se procedió a mostrar un video informativo de una entrevista realizada a la matrona a cargo del programa Chile Crece Contigo desarrollado en el Hospital de Chillán, en el cual se abordaban temáticas relacionadas con la salud reproductiva y la atención en el parto entregada en el hospital de Chillán. Este video se fue mostrando por parte ya que iba siendo traducido por la mujer H, quien tiene un mejor nivel de español.

Luego del video, se les pide a las mujeres que en conjunto respondan a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué sabías sobre salud reproductiva?
2. ¿Cuáles son las mayores diferencias con tu cultura?
3. ¿Qué te gustaría que incluyera el modelo de atención de Chile?

Las preguntas fueron respondidas por cada mujer y grabadas a través de audio, partiendo por la mujer H, quien no presentaba mayor dificultad en la comprensión y respuesta a las preguntas, luego la mujer H, traducía a creole las preguntas para que fueran respondida por la mujer D y M, quienes mantuvieron un nivel de respuesta más bajo y acotado, las respuestas de las mujeres D y M, iban siendo traducidas en el mismo momento por la mujer H. Luego de terminar la actividad, se le dio las gracias a cada mujer y se incentivó para la participación en el próximo taller, exponiendo el tema que tratará.

Esta entrevista fue transcrita en conjunto con H, a quien se le ofreció trabajar contribuyendo en la traducción de las entrevistas en creole, a lo que H accedió y por

lo cual se le pagó un monto de dinero acordado con ella. Lo mismo se hizo con el resto de las entrevistas que fueron transcritas.

## **Sesión n°2: “Derechos y deberes en la salud Reproductiva”.**

En la segunda sesión de taller se integró una nueva participante la cual llegó invitada por H, quien será llamada en adelante como S, en el lugar se encontraba D y M, quienes estaban tomando desayuno, por lo que nos sentamos las 5 en el patio del lugar a acompañarlas a tomar desayuno y conversar. Luego, nos reunimos en la sala de descanso que tienen las usuarias de la ONG y en ese lugar comenzamos el taller, el cual partió a través de una pequeña introducción en la cual se reencuadró respecto al criterio de voluntariedad en la investigación, recalcando la participación en la investigación es absolutamente voluntaria y que pueden desistir de participar en cualquier momento del estudio, además se explica el objetivo del taller y las actividades a realizarse, todo esto ayudada por la traducción de H, de cada información que iba entregando. Luego, se le pide a cada integrante que diga su nombre con el fin de que la nueva participante supiera los nombres de todas y además se le explica la dinámica del taller que se está realizando.

Para comenzar, se presenta un video sobre los derechos de los/as usuarios/as del Hospital Herminda Martín de Chillán, enfocado principalmente a los derechos de los/as inmigrantes, el cual tenía subtítulos en creole, para la mejor comprensión de las mujeres haitianas. Seguido a esto, se les entrega información a través de trípticos, en los cuales se describen conceptos relacionados con la salud reproductiva, como el uso de anticonceptivos, el aborto, el embarazo, el parto y cuidados del bebé, en español y en creole.

Luego de que cada una tuvo tiempo para revisar el material entregado y expresar alguna duda, se procede a entregar láminas que contienen diferentes preguntas, las cuales estaban en versión español y creole, cada una debía responder a las preguntas, las cuales fueron grabadas para la posterior transcripción. La primera lámina dice: “Cuéntanos una experiencia que hayas vivido en Haití y otra en Chile relacionada con la salud reproductiva”, cada mujer comenzó a responder, primero comenzó S, quien se mostró muy participativa durante todo el taller, luego de cada

respuesta H iba traduciendo en el momento lo que las mujeres decían para poder ir retroalimentando la pregunta o aclarando algo sobre las respuestas que iban dando. Luego M, quien esta vez estaba con una disposición distinta, se mostró mucho más amable, cómoda y participativa, le siguió D, quien estaba acompañada de su hijo, ya que no tenía con quién dejarlo, por lo que a ratos se encontraba distraída. Finalmente, contó su experiencia H, quien constantemente se mantuvo atenta y participativa por el rol de traductora que asume dentro del taller.

La segunda pregunta fue “¿Cuáles son las principales falencias que viste en la atención recibida en Haití y cuáles viste en Chile?”, frente a esta pregunta S, D y M, consideraron que era la misma pregunta anterior, por lo que al principio se mantuvieron en silencio sin querer dar respuesta, por lo que, a través de H, se intentó clarificar la pregunta para lograr mayor comprensión de las participantes. Seguido a esto, se procedió a la siguiente pregunta la cual correspondía a “¿Qué cosas buenas reconoces en la atención en Haití y cuáles reconoces en Chile?” En estas dos últimas preguntas se evidenció que las mujeres tuvieron mayor facilidad para dar respuesta a la experiencia que han tenido en Chile, ya que la mayoría de ella no había sido atendida en el área de salud reproductiva en Haití. La última pregunta correspondía a “¿Cuál es el rol que tienen como mujeres en la atención recibida en salud reproductiva?”, esta pregunta causó mucha incertidumbre en H, quien no podía transmitir con la precisión deseada el contenido, ya dijo no comprender bien lo que se estaba preguntando. Frente a esto, se clarificó la pregunta a través de ejemplos y pidiendo que las mujeres contaran una experiencia que hayan vivido en el sistema de atención público y desde ahí determinar cuáles fueron sus acciones.

Luego de que todas las preguntas fueron respondidas por cada participante y aclaradas las dudas, se procedió a dar cierre a la sesión del taller, realizando una síntesis de lo trabajado en el taller y delimitando los objetivos del último taller. La participante P, pidió que le aclarara qué es lo que se busca lograr a través de los talleres y la recolección de los relatos, a lo cual se dio respuesta exponiendo los principales objetivos de esta investigación, con palabras diferentes a las del consentimiento informado, las motivaciones y alcances que se busca tener. Las

mujeres reportaron su conformidad y una mejor disposición a seguir participando de la investigación.

### **Sesión N°3:**

Esta sesión no fue posible llevarla a cabo, debido a la contingencia nacional ocurrida recientemente en Chile, lo cual dificultó la asistencia de las mujeres participantes al taller, por lo que se decidió abarcar el contenido del taller a través de una entrevista tipo cuestionario, que fue aplicada a dos de las mujeres participantes (H y S), las cuales respondieron esta vía online. Estos datos contribuyen en dar mayor densidad a los datos ya recabados.

Las preguntas hechas en esta entrevista tipo cuestionario fueron:

1. Si tuvieras una nueva experiencia de embarazo, ¿qué cuidados en salud te gustaría recibir y qué cambiarías de tus experiencias anteriores?
2. ¿Qué cuidados de salud utilizas para mantener una buena salud sexual y reproductiva?
3. ¿Qué posibilidad de tomar decisiones respecto de tu embarazo y parto te dio el equipo de salud?
4. ¿Cómo viviste el periodo de lactancia y que atención de salud recibiste sobre esto?
5. ¿Qué molestias tuviste durante el embarazo o parto y que atención de salud recibiste para aliviarte?
6. ¿Qué sentimientos y pensamientos tenías luego de tener a tu hijo/a?
7. ¿Quiénes te acompañaron y apoyaron durante los primeros meses de tener a tu hijo/a?

#### IV.4 Población

La población propuesta para la investigación fue de 4 mujeres haitianas, número que fue determinado por la profundidad que se deseaba lograr en la recolección de los datos, y las diferencias idiomáticas con la investigadora, lo cual podía dificultar la recolección de los datos en poblaciones muy grandes, además por el difícil acceso a la población de estudio. Este número fue flexibilizado en el transcurso de la aplicación de instrumentos, ya que se comenzó con 3 participantes y se finalizó con el número completo propuesto al inicio. Las principales dificultades encontradas fueron el acceso a la población de estudio y la barrera idiomática, ya que varias de las contactadas no manejaban el idioma español.

La elección de la población fue intencionada, ya que se buscó establecer contacto con mujeres inmigrantes haitianas que se hayan atendido en el periodo de puerperio en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán. Debían ser mayores de 18 años, considerando los aspectos éticos del estudio, además debían disponer de tiempo para participar de la investigación.

Para realizar el contacto con la población de estudio se utilizaron variados métodos, ya que, al ser una población polémica, el acercamiento a esta no fue fácil. Una de las primeras formas de acercamiento fue buscando agrupaciones dentro de Chillán que estuvieran compuestas por personas inmigrantes y entre ellas mujeres haitianas, lo cual se dificultó ya que la mayoría de las agrupaciones que se han conformado dentro de la ciudad no ha logrado tener mucha adherencia y continuidad por la situación de trabajo inestable en la que se encuentra la mayoría de los/as inmigrantes haitianos/as. La siguiente forma de contactar posibles participantes fue a través de personas informantes que tenían algún conocido/a que fuera de origen haitiano/a. Es así como se logra el primer contacto con dos mujeres haitianas, las cuales tenían interés en participar. La primera, fue contactada vía telefónica, pero no cumplía con el requisito de estar embarazada o tener un bebé que haya nacido en el Hospital de Chillán, por lo que ella entregó datos de contacto de conocidas que sí cumplían con esta condición. Al contactar a la primera participante, refiere estar interesada en participar, pero explica que se mantiene trabajando durante toda la semana y presenta dificultad para concretar una primera

reunión informativa de la investigación. Luego, al contactar a una segunda mujer haitiana, se muestra interesada en participar, por lo que se coordina un encuentro para entregar mayor información sobre los alcances de la investigación y la modalidad de los talleres. Paralelo a esto, a través de otra fuente de información, se logra encontrar una ONG llamada “Luces del Futuro”, la cual brinda apoyo a mujeres, niños y niñas que viven en condición de vulnerabilidad en la región de Ñuble. Al tener contacto con esta institución, es posible constatar que en la actualidad mantienen a dos usuarias que son de origen haitiano, las cuales viven en ese lugar. Además, la ONG se muestra interesada en que sus usuarias participen de la investigación, por lo que ofrecen el lugar donde esta funciona para la realización de los talleres, aceptando además que pueda participar la mujer que había sido contactada previamente. En el transcurso del segundo taller se incorpora una cuarta mujer, que fue contactada por la participante externa a la ONG.

#### IV.5. Análisis de datos propuesto

Desde lo propuesto por la teoría fundamentada, el análisis de datos más adecuado es el análisis comparativo constante. Este método comienza con la codificación y categorización de los datos, luego a través de un muestreo teórico y finalmente la comparación constante, hasta llegar a un punto de saturación de la información, lo cual se logró a través de la triangulación de instrumento. Llegando a la construcción de teorías sustantivas, las cuales dan explicación a la relación que se establece entre las categorías que son propias de un determinado campo o área específica (Schettini y Cortazzo, 2015).

Para lograr el propósito de generar teoría, según lo postulado por la teoría fundamentada, esto se realiza a través de los siguientes pasos:

Se busca generar teoría a través de un proceso analítico sistemático, con el fin de determinar categorías (Schettini y Cortazzo, 2015). Glaser y Strauss (2006), consideran cuatro etapas al momento de analizar a través de este método:

1. Comparación de incidentes aplicables a cada categoría: en el cual se conceptualizan los datos para luego buscar semejanzas y diferencias, a través de la recolección de los datos, que se puede realizar a través de notas o también

llamados memorandos, que según lo expuesto por Strauss y Corbin (1994; 2006), permiten demostrar una idea desde el propio investigador/a y contribuyen en la recolección de los datos.

2. Integración de categorías y sus propiedades: una vez realizada la comparación, se logra establecer categorías y clasificando características de éstas, construidas a través de la repetición de patrones presentes en los datos.
3. Delimitación de la teoría: en esta etapa se realiza una selección de las categorías más significativas, para alcanzar un mayor nivel conceptual.
4. Redacción de la teoría: en base a los datos recolectados, las anotaciones y las categorías, se realiza una confrontación de cada una para dar como resultado un escrito que pueda dar estructura a la teoría.

La codificación es un proceso central, donde según lo expuesto por Schettini y Cortazzo (2015), el/a investigador/ra debe realizar una revisión minuciosa de los datos, lo cual implica una primera interpretación. En esta etapa se busca llegar a la esencia de los datos para la posterior elaboración de conceptos y establecer relación entre ellos. A través de este análisis exhaustivo, se incluye la codificación abierta y axial; la primera, busca dar cuenta de los pensamientos, ideas y significados de los datos recolectados, con el fin de desarrollar conceptos, los cuales se denominarán con un código. La codificación axial, permite establecer relaciones jerárquicas entre las subcategorías. Este tipo de análisis es concordante con el diseño fundamentado ya que permite el estudio de interacciones o experiencias sociales buscando explicar un proceso y no para probar una teoría ya existente (Lingard, Albert y Levinson, 2008).

Este método permite generar teoría de forma sistemática, a través de la recolección, comparación y análisis de los datos. Sigue un proceso donde primero se identifican y proponen categorías sobre el problema de estudio, a partir de los datos generados en la investigación (Gaete, 2014).

#### IV.6. Criterios de calidad

Para otorgar sustento metodológico y un resguardo efectivo de la calidad del presente estudio se consideró criterios de calidad tales como la coherencia interna y la validez transaccional.

En primer lugar, la coherencia interna la cual según Martínez (2006) es considerada como criterio básico de la investigación cualitativa, se define como la relación existente entre los elementos de la investigación y la teoría, lo que forma un todo coherente, desde ahí debe existir una articulación entre conceptos, técnicas y abordajes diferentes. Este trabajo estuvo compuesto por una secuencia de marcos de referencia los cuales permitieron conocer sustento teórico del tema, bases epistemológicas del estudio y sustento empírico del tema, los cuales están plenamente articulados para resguardar la coherencia interna. Esto será verificado a través del dispositivo de triangulación de datos, lo cual considera distintas fuentes de donde recopilar datos a través del transcurso de la investigación, este caso a través de los relatos de las mujeres en los talleres y las entrevistas realizadas (Lincoln y Guba, 1985). Como también la triangulación de investigadoras, la cual permite resguardar la utilización de sesgos que pudiera tener un/a solo/a investigador/ra en la recolección y análisis de datos y, además, entrega constancia a los hallazgos del estudio (Benavides y Gómez, 2005).

La validez transaccional busca mostrar la voz de las personas investigadas a través de sus propios términos y apegarse fielmente a sus relatos (Noreña, Alacarez-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica, 2012). Esta investigación basó sus resultados en lo expresado en los relatos de las mujeres en el transcurso de los talleres y en las entrevistas realizadas, incluyendo las diferencias de idioma y culturales existentes. Al ser una población poco estudiada dentro de este contexto y considerando las diferencias idiomáticas con la investigadora, es importante ir verificando los datos obtenidos con las participantes, para asegurar la veracidad y reafirmar lo que están transmitiendo a través de sus relatos. En este sentido, este criterio de validez transaccional buscó que se pudiera trabajar con los relatos de las personas y sus experiencias, considerando sus propios significados, resguardando que la información recopilada se ajustara de la forma más exacta a lo expresado por las personas participantes, considerando lo que verdaderamente

sienten, experiencian y significan (Cho y Trent, 2006); quiere decir que, las mujeres haitianas, en este caso, se pudieran sentir identificadas con los datos expuestos, procurando recabar relatos verídicos de las mujeres entrevistadas, considerando su propio lenguaje, términos y expresiones propias de su cultura. Este criterio fue resguardado a través del dispositivo de descripción densa, el cual considera que la investigadora debe transcribir lo dicho por las personas tal cual como ha sido expresado. En este caso, a través de la transcripción de las entrevistas, las cuales fueron traducidas al español en conjunto con una de las mujeres participantes, considerando todos los aspectos lingüísticos propios de la población de estudio, el detalle de los talleres y las interacciones generales llevadas a cabo durante la investigación.

#### IV.7. Aspectos éticos.

En la investigación cualitativa las personas estudiadas son consideradas como seres activos y como parte importante en la construcción del proceso comunicativo que se da entre la investigadora y las investigadas, es por esto que se hace necesario incluir estos aspectos, propios de la investigación, dentro de las consideraciones éticas (González, 2002). Al ser una investigación basada en los procesos, los dilemas éticos que se presentan deben ser resueltos desde una mirada ética situada, lo que hace mantener una constante reflexión sobre los conflictos éticos que se puedan presentar hacia las personas que se están investigando (Abad, 2016). En este estudio, se consideró que las mujeres haitianas tienen un rol fundamental en la construcción de sus relatos y significados, por lo que se dio gran relevancia a los procesos internos que experimentaban tanto las mujeres investigadas como la investigadora.

Considerando el contexto de investigación en el cual se trabajó, es importante mantener una mirada frente al tema que se está estudiando desde la interculturalidad, la cual según lo expresado por Rodríguez (2014), se hace necesario mantener una continua comunicación entre investigada e investigadora, donde pueda existir un intercambio libre y alejándonos de los propios criterios establecidos de la cultura, tanto nuestra como de quien investigamos. En este mismo sentido, siguiendo con lo que dice la autora, hacer una investigación donde la interculturalidad esté a la base, requiere que no exista una hegemonía de ninguna

cultura, es por esto que, en esta investigación, la investigadora se posicionó, desde el nivel emocional y cognitivo de las mujeres haitianas, considerando sus raíces culturales y sociales (Rodríguez, 2014). Como dispositivo para resguardar el cumplimiento del concepto de una investigación intercultural, fue necesario mantener una constante reflexión y continua información en relación a las pautas culturales que son propias de las mujeres haitianas.

Según Mondragón (2007), los requerimientos éticos a considerar al momento de hacer investigación son la confidencialidad y privacidad para resguardar la identidad de las personas, el respeto por sus derechos, creencias y valores, como también la no trasgresión de libertad de elección y dignidad. Estos aspectos se pueden hacer valer dentro de esta investigación a través de criterios como la autonomía, que se puede resguardar a través del consentimiento informado, el cual según Abad (2016), debe tener información acerca de los objetivos del estudio, las condiciones de participación para las personas, el respaldo que tiene la investigación y también sobre el uso de los resultados. Este consentimiento informado, considerando las características de la población de estudio, en este caso, mujeres inmigrantes haitianas, donde existen barreras idiomáticas y culturales con la investigadora y con el contexto donde están insertas; se consideró lo expuesto por Abad (2016), donde no sólo basta con entregar la información, sino que se debe encontrar la mejor forma de transmitirla y ofrecerla a las personas estudiadas de forma que puedan comprender lo expuesto en el documento. Por ello, toma gran relevancia la comprensión que tenga la persona que está leyendo el consentimiento. Considerando lo anterior, en este estudio el formato del consentimiento informado fue bilingüe, por lo que se tradujo al idioma de las participantes, en este caso créol (Kréyól), y fue explicado por la investigadora a cada participante. Además, se contó con la presencia de una traductora, quien fue la encargada de contribuir en el mejor entendimiento de los puntos expuestos en el consentimiento. Fue importante transmitir a las mujeres investigadas claramente los objetivos de la investigación y los alcances que esta tenía a nivel personal, ya que, si bien este estudio permitió visualizar la experiencia de un grupo de mujeres en relación a la atención en salud reproductiva, no buscó solucionar un problema específico ligado a ese tema u otro

que pudiera surgir durante la investigación, por lo que fue necesario dejar en claro que no era una instancia terapéutica (Abad, 2016).

Otro criterio relevante en este estudio corresponde al respeto por las personas participantes, lo que garantiza que ellas puedan cambiar de opinión respecto a elementos que surjan en el transcurso de la investigación con los cuales no estén de acuerdo, no los consideren convenientes o genere incomodidad (Franca-Tarragó, 2008).

Además, en esta investigación se consideró como aspecto importante el cuidado de la identidad, garantizando que la información sólo sería utilizada con fines académicos y se respetaría la confidencialidad. Según lo expuesto por Noreña, Alacarez-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica (2012), es importante que la investigadora desde el inicio del estudio considere la opinión de las participantes en relación a estos puntos, por lo que, para resguardar estos aspectos, fue expuesto en el consentimiento informado y en la posterior explicación del mismo, para determinar cómo sería el manejo de los datos durante la investigación. Considerando en este estudio que existió cierta desconfianza por parte de la población, por pertenecer a una realidad cultural distinta, donde no es común ser investigada, fue de gran relevancia, constantemente aclarar la consigna del cuidado de la identidad y la libre participación (Franca-Tarragó, 2008).

Considerando la importancia de los relatos de las mujeres haitianas y los significados que construyen a través del lenguaje y la interacción con otros/as, es relevante incorporar como aspecto ético las condiciones de diálogo auténtico, que según lo expuesto por González (2002), es una forma discursiva, donde se reconoce en este caso, tanto a la investigadora como también a las mujeres haitianas como seres capaces de comunicar. Por lo tanto, desde esta mirada se respetó y validó el diálogo entre ambas partes y se respetan los relatos que guardan directa relación con aspectos vivenciales de las personas; manteniendo siempre como base el legítimo derecho de expresión. Para el resguardo de este aspecto, relevante al momento de investigar en un estudio cualitativo, se hace necesario mantener constantemente una actitud de escucha activa hacia lo expresado por las mujeres frente a los temas a tratar durante el transcurso tanto de las entrevistas y las instancias de participación grupal que se den para la recolección de los datos,

además manteniendo siempre un vocabulario acorde al contexto de estudio, sin usar mayormente tecnicismos y en este caso la constante participación de un/a traductor/ra para una mejor comunicación y entendimiento (Rodríguez, 2014).

## **V. Presentación de resultados**

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de instrumentos, en concordancia con los objetivos de la investigación, los cuales fueron analizados a través del método comparativo constante con ayuda del programa computacional ATLAS-TI, llegando a establecer diferentes categorías. Estas fueron ordenadas por densidad y descritas a través de una idea que sintetiza lo que representa cada una, acompañadas de una cita que contribuye en la identificación de cada categoría las cuales fueron extraídas de las transcripciones de los instrumentos aplicados a las entrevistadas.

El primer objetivo analizado corresponde a:

1. Comprender las experiencias que reconstruyen sobre el periodo de puerperio mujeres haitianas atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán.

Las categorías determinadas por orden de densidad para este objetivo fueron:

1. Experiencia cuidados médicos hacia mujeres
2. Experiencia de parto en Chile
3. Experiencia de parto en Haití
4. Insatisfactoria medicación
5. Experiencia de alimentación bebés
6. Experiencia cuidados médicos hacia niños/as
7. Experiencia redes de apoyo externas
8. Experiencia cuidados médicos en Haití
9. Experiencia contracepción
10. Experiencia redes de apoyo familiar

1. Categoría: “Experiencia cuidados médicos hacia las mujeres”

Considerando la experiencia en Chile de las mujeres entrevistadas, estas refieren desde un punto de vista positivo, el trato como algo fundamental, destacando la importancia de la contención emocional y las explicaciones del personal de salud respecto de su estado. Esto puede ser ilustrado a través de la siguiente cita:

“cuando fui al consultorio cerca de mi casa, una matrona, me trato bien, porque yo estaba triste, sin ánimo, me decían de lo que venía, del parto y yo tenía miedo, y la matrona me subió el ánimo, me dijo que eso les pasa a todas y que todo iba a salir bien. Cuando yo fui a la matrona, me dijeron que, porque me subía la presión, y al contarle cómo estaba, me dijo que era por eso. Me dijo que tenía que estar contenta y no dejarme llevar, cuando llegue la guagua, llegará sin problemas y será más fácil” (Entrevistada S, taller 2).

El punto de vista negativo se produce cuando las entrevistadas perciben que los medicamentos que se les entrega no son los adecuados y los exámenes son superficiales, careciendo además de explicaciones satisfactoria para comprender su estado de salud, lo cual queda evidenciado en la siguiente cita:

“No es solo con los niños, también con las mujeres embarazadas, no me dieron nada más que paracetamol” (Entrevistada M, taller 2).

## 2. Categoría: “Experiencias de parto en Chile”

Se integran experiencias que son valoradas como positivas por las entrevistadas las cuales corresponden a todas aquellas donde existió contención y comunicación desde el equipo médico.

“pero conmigo no, porque igual yo tuve a mi guagua bien, conmigo salió todo bien, igual me hacían cariño, me hablaban en el parto... ¡todo salió bien!” (Entrevistada H, taller 1).

Contrario a lo anterior, las experiencias negativas están relacionadas con la discriminación, el maltrato en el momento del parto y la poca rigurosidad de medicación y las indicaciones médicas posterior al parto.

“Igual como nosotras cuando tenemos dolor, no me dejaron gritar, pero cuando ellas tienen dolor si las dejaron gritar”

### 3. Categoría: “Experiencias de parto en Haití”

Esta categoría se representa a través de lo que refieren haber vivenciado las entrevistadas desde su propia experiencia, en la cual valoran el buen trato, el uso adecuado de medicamentos y la flexibilidad respecto a la alimentación. Como también relatan experiencias de familiares o personas conocidas, donde se da importancia a la participación de la familia en el proceso de parto, las condiciones de infraestructura del hospital y el uso de anestesia para aliviar el dolor.

“igual cuando uno va al parto y está toda su familia, pero aquí no”  
(Entrevistada D, taller 1).

“si fuimos a tener la guagua, en la pieza sola con flores todo, estaba bonita y con sillón...” (Entrevistada H, taller 2).

### 4. Categoría: “Insatisfactoria medicación”

Al momento de entregar información sobre la atención que reciben las entrevistadas y los/as niños/as, constantemente refieren estar descontentas con la entrega de medicamentos del hospital, ya que consideran que el paracetamol y el ibuprofeno, que son los remedios que generalmente reciben luego de ser atendidas, no son adecuados para paliar todas las dolencias y/o enfermedades, por lo cual ellas se muestran molestas e insatisfechas cada vez que reciben este tipo de atención. Esta categoría se considera emergente ya que, no era parte del objetivo, pero estuvo presente en gran cantidad de las respuestas de las entrevistadas, al momento de contar sus experiencias de atención de salud en Chile.

“y fui a preguntar por qué siempre me dan paracetamol e ibuprofeno y la enfermera o doctor me respondieron que, porque estaba en un hospital público, aquí es lo que hay nomas, si quieres más medicamentos anda a una clínica” (Entrevistada S, taller 2).

“aquí le dieron paracetamol y que nosotras no estamos satisfechas”  
(Entrevistada H, taller 1).

#### 5. Categoría: “Experiencia de alimentación bebés”

Esta categoría incorpora experiencias que son parte del periodo de puerperio y crianza en relación a la maternidad, incluye experiencias relacionadas con el conocimiento previo que tenían las entrevistadas en relación a la alimentación de los/as bebés, tanto de lactancia como también de alimentación sólida, haciendo constantes comparaciones con las experiencias que habían visto en su país de origen en relación a este tema. Además, se incluyen relatos relacionados con la autonomía de las entrevistadas en la crianza de sus hijos/as y el aporte en conocimiento que el hospital o consultorio tuvo en el tema de alimentación.

“como el hospital igual me enseñó, a darle, a enseñar a que meses tengo que darle comida, eh mmmm... a qué edad tienen qué comer...”

“es que no sé muy bien, es que las diferencias es que...hablamos de maternidad, en mi país como dice ellas después de 4 meses o 3 meses se le da comida a su guagua y yo como sabía nada yo, no sabía nada de guagua, le daba a mi hijo comida después de 6 meses y hasta los 19 meses dejarle de darle pecho, para que tomara hasta los 19 meses”

#### 6. Categoría: “Experiencia cuidados médicos hacia niños/as”

Esta categoría se considera en esta investigación como emergente ya que, no estaba considerada como parte del objetivo, pero tiene gran relevancia para la investigación ya que considera parte importante de la crianza. Las mujeres al ser entrevistadas sobre su experiencia posterior al parto tendieron a dar respuesta en relación a los cuidados médicos que reciben sus bebés en el consultorio, lo cual consideran de forma negativa ya que relatan experiencias donde hay poca especificidad en los controles, diagnósticos y entrega de medicamentos para sus hijas/as, además relatan la existencia de diferencias en relación a esta atención con su país de origen.

“como ella tiene experiencia en mi país, dice que haya, es más, le daban más atención que aquí en Chile, es que eso pasa a nosotras, es que a nosotras,

lo que nos gusta, es que cuando la guagua tiene fiebre o tiene dolor de guatita, aquí le dieron paracetamol nomas, paracetamol, y algo pero no le paso el dolor a la guagua y eso es lo que nosotras encontramos diferente, que en mi país cuando estaba enfermo, o tenía algo en la guatita le tomaban sangre para ver que tenía y altiro le daban medicamento lo que corresponde y aquí le dieron paracetamol y que nosotras no estamos satisfechas” (Entrevistada H, taller 1).

#### 7. Categoría: “Experiencia redes de apoyo externas”

La entrevistadas hacen referencia a las redes de apoyo que han sido significativas dentro de su experiencia de maternidad en el embarazo como también en el periodo de puerperio, incluyendo en esta, personas que no son familiares y en la mayoría de los casos amigos/as de nacionalidad chilena que han participado en este periodo de las mujeres entrevistadas a través del acompañamiento en instancias de parto, en la atención con médicos y matronas, actuando como facilitadoras a través del lenguaje y entregando conocimiento personal para contribuir en el proceso de crianza.

“yo tenía una amiga que me ayudó mucho, hasta que aprendí algo y ahí yo fui con mi hijo sola a todas partes” (Entrevistada H, taller 1).

“tienen que hacerle algo de yerba, con una mamá chilena que tengo yo, ella me hace remedio” (Entrevistada H, taller 1).

#### 8. Categoría: “Experiencia cuidados médicos en Haití”

En esta categoría, se exponen los puntos de vista que las entrevistadas tienen en relación a la atención de su país de origen, las cuales están orientadas principalmente a experiencias positivas, donde valoran la especificidad de los diagnósticos y la atención en el parto.

“mi experiencia es que mi parto fue en Haití, cesárea, todo salió bien” (Entrevistada M, taller 1).

“si me tratan bien, cuando me duele algo me dicen lo que tenía en Haití” (Entrevistada M, taller 1).

#### 9. Categoría: “Experiencia contracepción”

Las mujeres entrevistadas, relatan experiencias en relación a métodos de contracepción, que son parte de la salud sexual y reproductiva, los cuales expresan no usar, tanto previo como también posterior al embarazo, indicando como motivo la confianza existente con la pareja.

“fuimos así nomás, cuando hicimos la acción, así nomás, porque tengo confianza en él y él también”

“No utilizo nada, pero si voy a la matrona”

#### 10. Categoría: “Experiencia redes de apoyo familiar”

Si bien esta categoría presenta una baja densidad, se considera importante en la investigación ya que las redes de apoyo familiar son relevantes para las mujeres entrevistadas, destacando el acompañamiento y apoyo en la crianza de sus hijos/as.

“mi hermana me ayudó mucho con mi bebé y mucha gente me dan cariño con mi bebé” (Entrevistada H, entrevista).

#### II. El segundo objetivo analizado fue:

2. Reconocer las percepciones que tienen mujeres haitianas de la atención recibida en salud reproductiva de la unidad de maternidad de un hospital de Chillán.

Las categorías determinadas para este objetivo por orden de densidad son:

1. “Percepción cuidados médicos medicación poco específica”
2. “Percepción cuidados médicos contraste con el país de origen”
3. “Percepción cuidados médicos contención emocional”
4. “Percepción el bebé como red de contención”
5. “Percepción cuidados médicos discriminación”
6. “Percepción cuidado médicos mitigación del dolor”
7. “Percepción expectativas sobre tener guagua”

#### 1. Categoría: “Percepción cuidados médicos medicación poco específica”

Las entrevistadas perciben la atención médica desde una actitud negativa. En general, ellas reportan enojo y molestia respecto de la superficialidad que perciben

especialmente en relación a la medicación, la que consideran poco efectiva para mitigar las molestias y motivo de consulta.

“si, aunque no hablo español, voy a estar enojada. Cuando uno después de tener guagua, tiene que tomar amoxicilina para evitar infección” (Entrevistada M, taller 2).

“la atención del doctor no me gusto, solo me dieron un remedio, paracetamol y ibuprofeno” (Entrevistada S, taller 2).

## 2. Categoría: “Percepción cuidados médicos contraste con el país de origen”

En esta categoría las mujeres entrevistadas hacen una diferenciación entre la percepción de la atención recibida por los/as niños/as y ellas mismas en Haití y Chile, refiriendo sentirse insatisfechas con los diagnósticos y la atención. Además, atribuyen la buena atención a situaciones fortuitas lo cual lo caracteriza como inestables, específico, externo e incontrolable, siguiendo las dimensiones que caracterizan la atribución.

“no es tan bueno al 100% pero es mejor que Chile, igual Chile no esta tan malo. Siempre he tenido suerte, con buenas personas” (Entrevistada H, Taller 2).

“Aquí los niños sufren más que en mi país, aquí en mi país cuando los niños están sufriendo le dan medicamentos, que los calma por un tiempo, pero aquí no” (Entrevistada M, taller 2).

## 3. Categoría: “Percepción cuidados médicos contención emocional”

En esta categoría las entrevistadas destacan de los cuidados médicos recibidos, el cariño, el buen trato y la comprensión, específicamente como la capacidad de entender lo que la otra persona está comunicando y que esta, hace el esfuerzo y pueda codificar lo que se le está transmitiendo, todo esto es considerado como un elemento positivo en la atención que reciben las entrevistadas.

“me gusta mi matrona porque ella me entiende todo cuando le hablo” (Entrevistada S, taller 2).

“Y hasta que vi médico en Chile igual me trataban bien, igual todo fue, igual bonito, bonito, bonito, hasta hoy” (Entrevistada H, taller 1).

#### 4. Categoría: “Percepción del bebé como red de contención”

Los relatos de las entrevistadas en esta categoría dan cuenta de lo significativo que ha sido para ellas la maternidad y específicamente la llegada de un hijo/a a sus vidas, ya que expresan sentimientos de gratitud y felicidad, evidenciados en el agradecimiento hacia las demostraciones de afecto del/la bebé, actuando como contención frente a situaciones complicadas y por otra parte percibir la maternidad como una bendición (asociado a una divinidad), lo cual corresponde atribucionalmente a un procesamiento inestable, específico, externo e incontrolable.

“para mí ha sido bonito, porque tengo un hijo hermoso, cariño, y bueno maravilloso y fue bueno y los más es que siempre agradezco a dios porque me dio un hijo lindo y amoroso” (Entrevistada H, taller 1).

“si estoy contenta, cuando estoy triste, me hace cariño y me gusta jugar con mi guagua” (Entrevistada D, taller 1).

#### 5. Categoría: “Percepción cuidados médicos discriminación”

Las mujeres en esta categoría dan cuenta de sentimientos de vergüenza y enojo, que vivenciaron en distintas situaciones, ya sea estando embarazadas, donde refieren sentir falta de atención hacia ellas y un trato discriminatorio respecto a la atención que recibían mujeres chilenas y además en el parto, donde la expresión del dolor de ellas, causaba risas en otras mujeres presentes y eso es percibido por las mujeres entrevistadas como vergonzoso.

“si, opina lo mismo que yo, es que igual cuando uno está embarazada, es que no le daban más atención a nosotras, le daban más atención a usted, como ustedes son chilenas del país más que a ella” (Entrevistada H, taller 1).

“se reían y a mí me daba vergüenza” (Entrevistada D, taller 1).

## 6. Categoría: “Percepción cuidado médicos mitigación del dolor”

En esta categoría las mujeres entrevistadas hacen referencia a la sensación de dolor que sintieron en el momento del parto y cómo este fue mitigado con el uso de anestesia y oxígeno, lo cual valoran como positivo y una ayuda para disminuir la sensación de dolor.

“si con anestesia porque es duro el dolor” (Entrevistada H, entrevista tipo cuestionario).

## 7. Categoría: “Percepción expectativas sobre tener guagua”

Las participantes en el transcurso de los talleres, atribuyen el hecho de tener un bebé a pensamientos previos de dolor y dificultad en la crianza.

“antes de tener la guagua pensaba que era duro y que dolía tener guagua” (Entrevistada D, taller 1).

## VI. Conclusiones

Con el fin de otorgar coherencia y comprensión a los resultados ya presentados, éstos se vincularán con aspectos teóricos presentes en la investigación, con el fin de generar conclusiones que permitan responder cada una de las preguntas que guiaron este estudio. Las preguntas serán respondidas en base al análisis realizado de los conceptos de experiencia, percepción y, finalmente, las vivencias de las mujeres que participaron en el estudio, en relación a la atención que recibieron en la unidad de maternidad de un Hospital de Chillán.

La primera pregunta que se responderá corresponde a: **¿Cómo experimentan el periodo de puerperio mujeres haitianas atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán?**

En relación a la experiencia de las mujeres participantes, se puede concluir que existe una constante comparación con la experiencia de atención en su país de origen, tanto desde lo que ellas experimentaron, como también con lo que veían de familiares o cercanos/as a ellas. La atención en el país de origen es constantemente bien valorada por ellas, destacando la mayor red de apoyo que mantenían allá, las

condiciones de infraestructura en que son atendidas en el momento del parto, la medicación y tratamientos más rigurosos frente a situaciones de enfermedad y el buen trato en la atención hacia niños/as. En relación a la experiencia de atención en Chile, las participantes, dan cuenta de malos tratos en la atención hacia ellas en el momento del parto, además de poca rigurosidad en la atención, diagnósticos y entrega de medicamentos hacia ellas y los/as niños/as. Reconocen falta de comprensión e información deficiente relacionada con la salud, y discriminación por parte de los/as funcionarios/as de la salud, como también de mujeres chilenas.

Respecto a los cuidados médicos que reciben las mujeres haitianas en Chile, se puede afirmar que, en el contexto de salud sexual y reproductiva, es relevante considerar lo expuesto por Misol (2009), quien afirma que es importante que las mujeres reciban información sobre los cambios que experimentarán durante el embarazo y puerperio y, además, comprensión y apoyo del personal que las atiende. En este sentido, se pudo evidenciar a través de esta investigación que las mujeres dan un valor positivo a la atención recibida por el personal médico y sanitario cuando fueron escuchadas y comprendidas por quienes las atendían. Por lo tanto, se hace relevante que se dé importancia dentro de los servicios de salud que atienden mujeres migrantes al diálogo, donde se evidencie que exista un proceso de comunicación efectiva, comprensión, empatía, confianza y vinculación con la persona que está siendo atendida, como una práctica transversal en la atención en salud.

Contrario a lo anterior, las mujeres participantes experimentaron como negativa la atención recibida por el personal médico y sanitario, toda vez que hubo falta de información y poca especificidad en la entrega de medicamentos. Según lo expuesto por Roca (2001), citado en Grande, Linares, Álvarez y Pastor (2015), las personas construyen el concepto de enfermedad y curación en base a sus creencias culturales y experiencias en otros sistemas de salud. En este caso, las mujeres participantes seguramente construyen sus conceptos desde la cultura de origen en Haití, por lo que es necesario que el personal médico y sanitario logre primeramente conocer las cultura de las personas que están atendiendo, donde se genere la creación de nuevos conocimientos, tal como lo expresa Espinoza y Ysunza (2009),

con el concepto de interculturalidad autonómica, el cual da gran relevancia a la valoración y respeto de las prácticas y terapias de distintos modelos médicos. Esto se puede lograr implementando estrategias dentro de los servicios de salud que capaciten al personal dando a conocer la cultura que las personas migrantes tienen sobre salud y enfermedad.

En relación a las experiencias de parto relatadas por las mujeres haitianas participantes, es de importancia considerar lo expresado por Valverde, Ortiz, Martín, Ruiz, Jerónimo, Martínez de la Ossa... y Martínez (2015), quienes manifiestan la relevancia que tiene el concebir la salud reproductiva de las mujeres migrantes en la salud pública, ya que es primordial entregar condiciones de parto óptimas, evaluar el uso de métodos anestésicos y poder llevar un seguimiento integral del embarazo. En esta investigación queda evidenciado que no se cumple íntegramente, ya que las participantes refieren haber experimentado situaciones de maltrato en el parto, además de discriminación, las cuales son vivenciadas como experiencias negativas. Esto confirma lo dicho por Sánchez, Valderas, Messenger, Sánchez y Barreras (2018), quienes afirman que se han constatado deficiencias significativas en materia de protección de derechos de personas migrantes en Chile. Según lo expuesto por el MINSAL (2018), la salud reproductiva es un derecho para todas las personas y es un aspecto que condiciona el bienestar y desarrollo pleno de quienes lo viven. Por lo tanto, al no otorgar condiciones de parto óptimas, se estarían pasando a llevar derechos fundamentales de mujeres haitianas migrantes, cuando sus experiencias en salud sexual y reproductiva son negativas, lo que podría estar afectando su bienestar y desarrollo pleno.

Una categoría relevante en esta investigación es la relacionada con las experiencias en salud sexual y reproductiva de las mujeres participantes en su país de origen, en las cuales valoran principalmente el buen trato, el uso adecuado de medicamentos y la flexibilidad en la alimentación, lo cual se transforma en un hecho determinante al momento de compararlo con su experiencia en Chile. En relación a este aspecto, lo expuesto por Cabieses, Bernal y McIntyre (2017), sobre la importancia de tener un acercamiento a los límites que se construyen en base a las diferencias culturales, las cuales mediante etiquetas y estereotipos hacen que las personas migrantes se

sientan ajenas, extrañas o desconocidas a la realidad que viven en la actualidad, nos permite comprender la relevancia de considerar al momento de entregar atención en salud a mujeres migrantes, sus circunstancias individuales y sociales, las cuales se enmarcan dentro de un contexto histórico, cultural, social y económico, tal como lo expresa Valverde, Ortiz, Martín, Ruiz, Jerónimo, Martínez de la Ossa... y Martínez (2013). Ello, está fuertemente influenciado y determinado por sus experiencias en el país de origen, por lo tanto, se requiere que los servicios de salud donde se están atendiendo mujeres migrantes tengan como objetivo realizar un levantamiento de información, el cual sea desde las propias mujeres, buscando conocer sus necesidades, sus circunstancias individuales, las experiencias vividas en su país de origen respecto a temas de salud y sus aportes o críticas a la atención recibida en Chile. Esto se puede llevar a cabo a través de la implementación de espacios comunitarios dentro de los consultorios de los diferentes sectores o en los hospitales, en los cuales se trabaje a través de talleres, charlas, conversatorios, etc. en conjunto con mujeres que estén siendo atendidas, con el apoyo de facilitadores/as lingüísticos/as en el caso de asistir mujeres haitianas, u otras mujeres cuyas lenguas maternas sean diferentes al castellano, con el fin de recoger los relatos de cada una y que los servicios de salud puedan implementar parte de esta recogida de datos en dar una mejor atención a aquellas mujeres que hoy se sienten excluidas o poco vinculadas con el sistema de salud que reciben.

Un tema recurrente dentro de los datos recogidos en esta investigación, fue la insatisfacción de las mujeres participantes sobre la medicación recibida, la cual catalogan como poco específica y consideran que existe baja rigurosidad en la entrega de estos medicamentos, lo cual afecta la confianza y vinculación que estas mujeres tienen con los servicios de salud a los que acuden, ya que tal como lo expresan Salar, Sola, Cámara, Cosín, Dago y Gutiérrez (2016), la falta de información interfiere en la percepción de seguridad y efectividad de los tratamientos. Además, al entregar mayor información a los/as pacientes sobre los medicamentos que reciben, permite que tengan mayor influencia en su proceso terapéutico, lo cual, según lo descrito por Navarro, Guilabert, Nebot y Mira (2016), permite que el/la paciente participe de forma activa en las decisiones o cambios en el tratamiento. Lo anterior propicia su autocuidado y les otorga a las personas mayor

capacidad de control sobre su propia salud, lo cual se puede lograr a través de consultas médicas más rigurosas, con mayor tiempo de atención y buscando lograr la comprensión de los/as pacientes del tratamiento dado.

En relación a las experiencias en el periodo de puerperio que relatan las mujeres participantes, se puede concluir que reconocen diferencias especialmente en torno a las experiencias de lactancia materna y alimentación de los/as niños/as respecto a su país de origen, lo cual hace que tengan ciertas disyuntivas al momento de ejercer su rol materno. Se hace necesario considerar lo expuesto por Pérez (2011), quien refiere que los roles maternos están determinados socialmente, y son dados por la cultura de la mujer que está vivenciando el estado de puerperio, y éstos, influyen en las expectativas e ideas en relación a cómo deben ser sus comportamientos, sentimientos y pensamientos durante este periodo. Particularmente, como investigadora pude reconocer incomodidad en las participantes frente a las discrepancias entre los usos reconocidos como parte de la propia cultura y los prescritos en Chile, lo cual es necesario abordar desde una perspectiva de salud con sensibilidad intercultural.

Algo muy interesante es que las redes de apoyo, especialmente durante el periodo de embarazo y puerperio, son de gran relevancia para las mujeres haitianas participantes de la investigación, dándoles un rol de contención, apoyo, acompañamiento y actuando como facilitadores en sus procesos de parto, crianza y atención, lo cual es de gran importancia dentro de este periodo. Como lo expresa Peralta (1996), en el periodo de puerperio se desarrollan procesos de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno, considerando dentro de éste a la familia, que, en el caso de esta investigación, generalmente corresponde a personas chilenas que son significativas para las participantes y también familiares que están residiendo en Chile. Este contexto social, en el cual están insertas las mujeres migrantes, es de gran relevancia cuando se habla de migración, ya que tal como lo expresan Hernández, Pozo y Alonso (2004), la red social puede propiciar recursos materiales de carácter básico, como alojamiento, alimentación, dinero, etc. pero también ayuda instrumental, como el aprendizaje del idioma, tramitación de documentos o tareas domésticas. Además, existe evidencia concreta de que el

apoyo social genera efectos positivos en la salud mental y bienestar subjetivo de las personas migrantes (Hernández, Pozo y Alonso, 2004). Es por esto que sería importante que los servicios de salud y diferentes instituciones del Estado, puedan propiciar el establecimiento de grupos, donde se configuren redes de apoyo entre mujeres, dando gran relevancia a la participación en estos grupos a mujeres migrantes, donde puedan establecer vínculos con otras personas y acceder de forma adecuada a las diferentes prestaciones del Estado.

Las mujeres participantes de este estudio, relatan sus experiencias de la atención recibida en su país de origen, dentro de las cuales hablan principalmente de aspectos relacionados con la infraestructura de los lugares donde fueron atendidas ellas o algún familiar o persona conocida en el proceso de parto, lo cual valoran como bueno. Al compararlo con Chile, le dan importancia a la privacidad, a la comodidad y a lo acogedor del lugar, lo cual debe ser considerado dentro de las políticas de atención hacia mujeres en el proceso de parto en Chile, ya que, según Ferrer de Oliveira, Figueiredo, Cavalcante de Melo, Pereira dos Santos, Torres de Lima y Ribeiro (2017), la comodidad y/o la incomodidad pueden influir en la satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto. Por lo que sería importante que se evaluarán las condiciones de infraestructura y privacidad que se entregan en los servicios de salud pública en Chile al momento de atender el parto, como también las condiciones previas a éste y en el periodo de puerperio, ya que sería importante, que, en caso de evidenciar falencias, se generarán cambios para propiciar el bienestar de las mujeres gestantes y puérperas.

Otro dato importante de señalar, es la valoración positiva que hacen las mujeres participantes, del acompañamiento que reciben por parte de familiares en el momento del parto, donde relatan que son acompañadas durante el proceso, lo cual es una práctica común en Haití. Como lo expresa Azor (2018), las matronas que asisten los partos en Haití de mujeres haitianas, aceptan el acompañamiento de redes sociales significativas para la mujer y familiares directos. Por lo tanto, si bien en Chile, a través del programa Chile Crece Contigo, se favorece el acompañamiento en el parto a las mujeres, esto solo incluye a una persona que sea

elegida por la mujer, lo cual debería flexibilizarse en relación a esta población en particular, dadas las características que ellas mismas reportan requerir.

En relación a la experiencia con métodos de contracepción, si bien no es un tema con alta densidad de contenido en esta investigación, se considera importante, ya que se puede concluir que existe poco acercamiento hacia estos métodos por parte de las mujeres haitianas, tanto en su país de origen como también en Chile. Esto puede ser debido a las barreras socioculturales, que tal como lo expresa Núñez (2011), no permitirían el acceso a programas de anticoncepción y se necesitaría comprender la relación de las mujeres migrantes con la salud reproductiva desde un enfoque de género. Lo recomendado desde este enfoque es entregar responsabilidad sobre la planificación familiar y el uso de métodos contraceptivos tanto al hombre como la mujer, entendiendo que las actividades sexuales implican a ambos. Además, garantizar la entrega de información respecto de estos métodos, la cual debe ser comprensible para todo tipo de personas, en este caso, para las mujeres haitianas, para que ellas, en caso de querer utilizarlos, puedan decidir el tipo de método y el momento en el cual usarlos (Espinoza y Paz, 2004). De todos modos, este es un tema que requiere mayor exploración, ya que los derechos sexuales y reproductivos están íntimamente ligados a los aspectos culturales de las concepciones de género y sexualidad que las sociedades sostienen (Moleiro, 2017).

La segunda pregunta correspondiente a esta investigación que se responderá es **¿Qué percepción tienen mujeres haitianas de la atención recibida en salud reproductiva de la unidad de maternidad de un hospital de Chillán?**

En relación a la percepción de la atención recibida en salud reproductiva en la unidad de maternidad del hospital de Chillán, que tienen las mujeres haitianas participantes, se puede concluir que, principalmente, vinculan sentimientos de vergüenza, enojo e insatisfacción a la atención recibida por ellas y por sus hijos/as, de parte del personal médico y sanitario, atribuyendo constantemente la buena atención a hechos fortuitos, donde ellas no ejercen un rol agéntico. Además, expresan sentir un trato discriminatorio en comparación a la atención que ellas perciben que reciben mujeres chilenas en su misma condición.

Dentro de los aspectos positivos percibidos por las mujeres participantes, se concluye que reconocen dentro de estos la contención y cariño recibido por parte de sus bebés, y la comprensión y buena acogida por parte del personal médico y sanitario en situaciones de dificultad.

Uno de los aspectos a los que las mujeres participantes dan mayor relevancia cuando se les preguntó sobre cómo perciben la atención en salud, fue la poca rigurosidad en las indicaciones de tratamientos, frente a lo cual refieren sentimientos de enojo y molestia.

Las mujeres participantes, hacen constantes comparaciones en relación a la percepción de atención recibida en Haití y en Chile, atribuyendo, generalmente, percepciones positivas a la atención recibida en el país de origen, lo cual puede ser explicado través de lo expuesto por Rodríguez (2016), quien postula que las personas que migran se encuentran redefiniendo constantemente la percepción de sus espacios vitales, lo cuales varían según las interacciones a nivel sociocultural que las personas experimentan dentro del proceso migratorio. Estas subjetividades en constante cambio, hacen que las personas migrantes se sienten divididas entre el mundo del país de origen y el del país receptor, que, generalmente, y tal como se evidencia en esta investigación, se vive con dificultades en diferentes ámbitos, lo cual hace que las personas experimenten sentimientos de añoranza a las experiencias y sentimientos vividas en el país de origen. Este sentimiento funciona como un mecanismo defensivo ante los cambios y dificultades de adaptarse a una nueva sociedad y cultura (Rodríguez, 2016). Considerando lo anterior, es relevante que los servicios de salud, logren tener mayor acercamiento a las percepciones que están desarrollando las mujeres migrantes, a través de mayor acceso a apoyo psicológico que integre profesionales con un enfoque de interculturalidad en sus procesos terapéuticos y con manejo del idioma nativo de las mujeres haitianas, con el fin de facilitar y propiciar su adecuada adaptación.

En relación a la red de contención que destacan las mujeres en sus relatos, hacen referencia al cariño y alegría que les genera estar con sus hijos/as, lo cual valoran como positivo de la maternidad. Este elemento se considera importante dentro de

esta investigación, ya que, según lo expuesto por Hernández, Pozo y Alonso (2004), las personas migrantes experimentan sentimientos de soledad y añoranza, por lo que mantener relaciones interpersonales cercanas, como en este caso, las madres con sus hijos/as, genera una fuente de apoyo emocional, que proporciona afecto, comprensión y mejor afrontamiento a las situaciones de dificultad que puedan vivenciar. Es por esto que es relevante que los equipos de salud, sobre todo del área de salud sexual y reproductiva, generen espacios donde las madres puedan vincularse con sus hijos/as en diferentes actividades, lo cual contribuye en el desarrollo de un apego sano, que se define como la tendencia que tienen los seres humanos de crear lazos afectivos fuertes, especialmente con madres o cuidadoras. La calidad de estos vínculos, es determinante dentro del desarrollo emocional y mental de los/as niños/as (Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo, 2008).

Otro aspecto destacable de los relatos de las mujeres participantes, corresponde a la atribución que hacen sobre la llegada de un hijo/a a sus vidas, lo cual es catalogado como una “bendición” (ligado a una divinidad), lo cual puede ser explicado a través de los estilos atribucionales, que se relacionan con la forma de afrontamiento de la realidad y con la salud mental (Quintana, Malaver, Montgomery, Medina, Ruiz, Lúcar...y Domínguez, 2016). A partir de ello, y de otros indicios narrativos, es posible deducir que las participantes tienen una visión de la maternidad ligada a factores externos, inestables, específicos e incontrolables, lo cual puede dar cuenta de la visión de vida que mantienen y que puede ser integrada en otros aspectos, como la salud, los estados emocionales, la sociedad, etc. por lo tanto es importante que las mujeres migrantes puedan ser personas activas dentro de sus vivencias, entregándoles más oportunidades para que puedan acceder al mundo laboral, educativo y social, con el fin de que puedan desarrollar un estilo atribucional donde predominen las causas internas, controlables, estables y globales.

La discriminación se considera como uno de los elementos más importantes de abordar en esta investigación, ya que las mujeres participantes refieren haber sentido un trato diferenciado y discriminatorio en la atención del embarazo y el parto, lo cual fue percibido con sentimientos de vergüenza y enojo al momento de vivirlo.

Esto puede ser explicado a través de lo postulado por Grande, Linares, Álvarez y Pastor (2011), quienes afirman que existe un gran porcentaje de población en Chile que rechaza o no acepta a las personas migrantes, expresado a través de actitudes racistas. Esto, explicado por Rojas, Amode y Vásquez (2015), consiste en naturalizar las diferencias entre grupos sociales, llegando a justificar formas de exclusión, desprecio y opresión. Estas conductas pueden ser asumidas por el personal médico y sanitario, quienes, a través de prejuicios y estereotipos, excluyen o tienen un trato diferenciado hacia las mujeres migrantes, generando inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud (Grande et al, 2011). Es por esto, que esta categoría se considera relevante en esta investigación, ya que tal como postula Tijoux y Córdoba (2016), las personas migrantes vienen en busca de una mejor calidad de vida, donde puedan sentirse acogidas y perciban el país de llegada como un lugar de bienestar para vivir, lo cual no se estaría propiciando dentro de un contexto de atención en salud con conductas discriminatorias por parte del personal sanitario y personas chilenas, hacia mujeres migrantes haitianas. En relación a este tema, se hace relevante que los equipos de salud tengan mayor capacitación sobre derechos de las personas, trato igualitario para todos/as y disminución de las barreras culturales que existen con las personas que migran. Además, se debe propiciar una mirada de la atención en salud desde la interculturalidad, la cual se define como un proceso permanente de comunicación, relación y aprendizaje entre personas y tradiciones distintas, que tiene como objetivo propiciar el respeto mutuo y el desarrollo pleno, sin hacer distinción por las diferencias culturales y sociales (Muñoz, Castro, Castro, Chávez y Ortega, 2012).

Otro concepto que se hace presente en esta investigación es el de violencia obstétrica, que se define como todo acto de violencia ejercido por el personal médico hacia las mujeres sobre su cuerpo y procesos reproductivos, que se expresa a través de la transgresión de normas éticas que se deben considerar hacia una mujer gestante, dentro de un contexto de atención de salud sexual, embarazo, parto y puerperio (Al Adib, Ibáñez, Casado y Santos, 2017). Esto queda retratado a través de esta investigación en los relatos de las mujeres participantes, cuando expresan que el personal médico en el momento del parto no les permitió manifestar el dolor a través de gritos, lo cual es percibido por las mujeres como un mal trato hacia ellas.

Por lo anterior, es relevante considerar que la percepción del dolor y expresión de este, se construye socioculturalmente e influyen diferentes factores, tales como la información recibida previa al parto, las situaciones contextuales en las que se encuentre la persona, por ejemplo estar en un país diferente al de origen, genera sentimientos de miedo e incertidumbre y también la soledad o ausencia de apoyo emocional, puede predisponer a tener una tolerancia menor al dolor (Luque y Oliver, 2005). No se puede hacer una generalización en torno a las actitudes y comportamientos que tienen las mujeres frente al parto, ya que la variabilidad en este aspecto es transversal y el personal sanitario debe tener la capacidad de reflexionar en torno a las necesidades que tiene cada persona (Luque y Oliver, 2005). Es importante que toda práctica que pase a llevar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sean visibilizadas y atendidas por organismos responsables de velar por el cumplimiento de estos derechos. Además, es importante que se escuchen los relatos de mujeres que han vivenciado estas situaciones de maltrato para que así se logre establecer legislaciones que las protejan y amparen, para que cada vez estos casos sean menos repetitivos.

Finalmente, se responderá la pregunta general de esta investigación, la cual es: **¿Cómo son las vivencias relativas a la salud reproductiva de mujeres haitianas inmigrantes atendidas en la unidad de maternidad de un hospital de Chillán?**

Al considerar el concepto de vivencias, se puede entender que la elaboración que hace una persona de una situación, se encuentra influida por su personalidad, sus experiencias anteriores, la capacidad de reflexión y el contexto donde se sitúa (Souza, 2010). La vivencia, está cargada de un componente individual, que caracteriza una situación determinada desde la propia persona, pero que se encuentra sometida a condiciones históricas, sociales y culturales, lo que hace que tenga un sentido colectivo. Es desde esta concepción que se responde la pregunta de investigación, donde las vivencias sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres participantes están marcadas principalmente por la incertidumbre en relación a los diagnósticos médicos hacia ellas y sus hijos/as. Además, otro factor relevante a la hora de configurar esta vivencia es la falta de vinculación que reportan

tener con los servicios de salud, ya que por lo que se puede deducir de ésta, no existen mecanismos adecuados que integren a la población haitiana, partiendo por la barrera idiomática y ausencia de facilitadores/ras, lo cual no permite la comunicación fluida entre los equipos médicos y los/as pacientes. Es posible reconocer también que existe un acceso insuficiente a información que pueda ser comprendida por la población haitiana, ya que generalmente se presenta en castellano y no se adecua a las tradiciones culturales que traen de su país de origen. Adicionalmente, es posible detectar una falta de iniciativas que contribuyan a generar espacios donde las mujeres haitianas puedan dar a conocer sus inquietudes y experiencias en relación a la atención que están recibiendo.

Dentro de los datos recabados en esta investigación se produce un constante cruce entre las experiencias y percepciones de las mujeres participantes, las cuales están ligadas principalmente a sentimientos negativos de la atención recibida en salud, lo que genera poca vinculación de las mujeres haitianas con las instituciones y profesionales que las atienden y por otro lado, la falta de pertenencia a los servicios que acceden. Estas vivencias negativas, en las cuales predominan sentimientos de enojo, vergüenza e incertidumbre, propician estados emocionales depresivos, los cuales según lo dicho por (Luque y Oliver, 2005), afecta el desarrollo pleno de las mujeres en su vida diaria y también interfiere en las relaciones sociales y familiares, dentro de las cuales se incluye a los/as hijos/as. Por lo tanto, se hace relevante que las instituciones de salud, den importancia a mejorar la atención hacia la población migrante, porque de lo contrario se está propiciando que mujeres migrantes haitianas vivan en un estado que propende a dañar su salud mental, por las experiencias negativas que vivencian en la atención de salud.

También, en el mediano plazo, si tomamos en cuenta los asuntos de falta de control, falta de vínculo y vivencia negativa, podríamos estar promoviendo que las mujeres se relacionen con desesperanza aprendida con su entorno social. Lo cual unido a la separación de figuras significativas que están en su país de origen, los sentimientos que provoca la falta de oportunidades, la constante lucha por cubrir necesidades básicas, la falta de redes de apoyo, la disminuida injerencia que tienen los migrantes en las diferentes instituciones y la cronicidad de estos estresores en

el tiempo, pueden estar propiciando el desarrollo del llamado Síndrome de Ulises, el cual está ligado a estresores graves relacionados con la migración (Achotegui, López, Morales, Espeso, Achotegui, 2015). Un ejemplo concreto del posible desarrollo de este síndrome, se puede ilustrar en una de las participantes del estudio, con la cual tuve un mayor acercamiento, quien en más de una ocasión me habló acerca de la falta de oportunidades que ha tenido en términos laborales, las necesidades económicas que a diario debe cubrir para el sustento de su hijo, a quien refiere, le gustaría entregar mejores condiciones de vida y los sentimientos de desesperanza y tristeza que en variadas ocasiones expresó por su inestabilidad económica, laboral, personal, familiar y emocional que ha estado vivenciado. Pudiendo destacar en esta mujer, la gran capacidad de adaptación, manejo del idioma español, motivación a participar en instancias de aprendizaje y gran capacidad para vincularse con otros/as, no siendo estos atributos suficientes para proporcionarle oportunidades. Lo cual da cuenta, de las limitaciones y dificultades que viven a diario las personas migrantes en Chile y de que la buena adaptación e integración de las personas migrantes es un asunto social y de redes estatales, más que de características individuales.

Otro tema que vincula las experiencias y percepciones de las mujeres participantes, es lo relacionado con la importancia de la contención ejercida por las redes de apoyo, ya que estas son vivenciadas por las mujeres participantes como aportes positivos en su vida diaria y destacan el rol de moduladoras que ejercen frente a situaciones de dificultad. La conformación de redes de apoyo debe ser potenciadas a través de las instituciones en las que participen mujeres migrantes, con el fin de que establezcan redes sólidas con otras personas, donde la participación y el encuentro con otros/as permita la mejor vinculación de las mujeres migrantes con su entorno y las instituciones.

### **Limitaciones y proyecciones**

Las principales limitaciones evidenciadas a través de esta investigación son, en primer lugar, la barrera idiomática existente con las población de estudio, la cual si bien fue considerada desde el principio como un limitante, esta se acrecentó cuando

solo una de las cuatro las mujeres que participaron en el estudio, hablaba y comprendía el español, por lo que se transformó en un personaje clave dentro del desarrollo de los talleres, ya que de lo contrario era difícil establecer comunicación con el resto de las mujeres ya que solo hablaban creóle. Otra limitación ligada a este aspecto es la gran diferencia cultural existente entre las mujeres participantes y quien actuó como facilitadora, lo que generó distanciamiento en la relación entre las participantes y la investigadora, además de sentimientos de inseguridad, propios de enfrentarse a una población diferente.

En relación al acceso a la población de estudio, se puede considerar que existió dificultad para establecer contacto con mujeres haitianas que cumplieran con las características para participar de la investigación, ya que, la mayoría trabajaba extensas jornadas, por lo que no les quedaba tiempo para participar en las actividades propuestas en la investigación. Además, la ausencia de grupos donde se reunieran migrantes de origen haitiano, donde se pudiera generar vínculo con alguna mujer que quisiera participar.

Otro aspecto que interfirió en la planificación propuesta para la aplicación de la metodología investigación acción y la recolección de datos en la investigación, fue la inestabilidad en la cotidianidad de las participantes, ya que, todas tenían contextos muy diferentes, en cuanto al lugar donde vivían, la situación económica, familiar, laboral y emocional, lo cual dificultó la coordinación entre las participantes y la investigadora para la realización de los talleres. Por lo tanto se considera que la metodología se aplicó de forma atenuada, pero se dio gran relevancia al dialogo y necesidades de las participantes, a través de la escucha desde sus propias voces.

También, es importante considerar la contingencia nacional vivida en Chile, durante este último periodo, lo cual interfirió en la continuidad de la realización de los talleres, ya que parte de las participantes, tuvo ciertas dificultades para poder asistir.

Para finalizar este apartado, se presentarán las proyecciones que surgieron a raíz del análisis de esta investigación, las cuales sería de gran relevancia y aporte, que

se pudieran llevar a cabo, para el mayor desarrollo de estrategias que permitan la mejor acogida y adaptación de las personas migrantes en Chile.

En primer lugar, sería importante que desde el área de las ciencias sociales se trabaje en conjunto con equipos de salud que atiendan a mujeres migrantes, a través de capacitaciones, talleres y conversatorios, que permitan visibilizar las experiencias que viven a diario las personas migrantes, con el fin de que los equipos logren generar instancias de reflexión y cambios, respecto al trato y respeto hacia los derechos de las personas.

Se recomienda que profesionales de las ciencias sociales, puedan seguir trabajando a través de espacios participativos, con mujeres haitianas, pero de forma graduada, ya que queda en evidencia que esta población no está acostumbrada a participar en este tipo de espacios en Chile. Buscando recoger desde las participantes las necesidades que tengan en relación a diferentes temas.

También, sería de gran aporte el estudio de los factores psicosociales y culturales, que están asociados al uso de contracepción, ya que es importante saber la visión que tienen las personas en relación a estos métodos, con el fin de generar información para la población que integre diferentes miradas sobre este tema, para que así, quienes quieran utilizarlos o no, puedan decidirlo, a través de información comprensible para todos/as.

Potenciar a través de programas del Estado e instituciones, temas relacionados con la crianza y vínculo con hijos/as de las madres migrantes, ya que propiciar estos espacios podría generar beneficios en esta población, fortaleciendo su red más cercana de contención.

Finalmente, sería importante que, desde la academia, se motive al estudio de diferentes aspectos psicosociales con población migrante y con personas que atienden o reciben constantemente a personas migrantes, ya que en Chile la cantidad de migrantes va en aumento y para que se generen cambios a nivel de políticas públicas, es importante que exista evidencia científica, sobre todo que sea desde las experiencias, percepciones y vivencias de quienes se está estudiando.

## VII. Referencias

- Achotegui, J.; López, A.; Morales, M.; Espeso, D. y Achotegui, A. (2015) Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPIR in Barcelona. Norte de Salud Mental, 13 (52), 70-78.
- Al Adib, M.; Ibáñez, M.; Casado, M. y Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Medicina legal de Costa Rica, 34(1), 104- 111. Recuperado de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es).
- Alvear, M. y Tarragato, G. (2006). Salud sexual y reproductiva.
- Amezcua, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva, crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 76, 423-436.
- Azor, D. (2018). Las barreras en la utilización de la atención en la salud materna en los tres componentes: prenatal, parto y postnatal en Haití, 2012. (Tesis de maestría). Facultad Latinoamérica de Ciencias Sociales, Sede Académica de México.
- Bächler, M. y Berthet, S. (20 de abril de 2017). Maternidad Inmigrante. Paula. Recuperado de <http://www.paula.cl/destacados/maternidad-inmigrante/>.
- Benavides, M y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría, 1(34), 118-124.
- Blesa, B.; Cobo de Guzmán, F.; García, M.; Gehrig, R.; Muñoz, P.; Palacios, J. y Rodes, J. (2014). Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa.
- Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico: Perspectiva y Método. Hora, S.A. Barcelona.
- Cabieses, B.; Bernal, M. y McIntyre, AM. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo.

- Cano, A. (2012). La metodología del taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de metodología de las Ciencias sociales*, 2(2), 22-55. ISSN 1853-7863.
- Cervantes C. (2002). El grupo de discusión: de la mercadotecnia al estudio de la cultura y la comunicación. En: VI Congreso Latinoamericano de Ciencias de La Comunicación. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación.
- Cristiani, L.; Bertolotto, M.; Anderson, M.; Polinelli, S.; Collavini, M.; Seijo, F. y Delfino, M. (2014). Significado cultural de la crianza y de los roles materno y paterno. Aportes a la reflexión teórica. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cruz, M.; Reyes, M. y Cornejo, M. (2012). Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a. *Cinta moebio*, 45, 253-274. [www.moebio.uchile.cl/45/cruz.html](http://www.moebio.uchile.cl/45/cruz.html).
- Cortaza, L. y Villar, M. (2008). Surge en mi otra mujer: Significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 4(12), 693-698. Universidad Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
- Coppens, F y Van de Velde, H. (2005). Técnicas de educación popular. Programa de especialización en gestión de desarrollo comunitario. Estelí, Nicaragua.
- Cho, J y Trent, A. (2006). Validity in qualitative research revisited. *SAGE*, 6(3), 319-340. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468794106065006>.
- Espinosa, G. y Paz, L. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva sociológica. 54(19), 125-153. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305026633005>.
- Espinosa, M. y Ysunza, A. (2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia Ergo Sum*, 3(16), 293-301. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

- Erausquin C., Sulle A. y García Labandal L. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Farkas, Ch.; Santelices, M.; Aracena, M. y Pinedo, J. (2008). Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhé* (Santiago), 1(17), 65-80.
- Ferrer de Oliveira, L.; Figueiredo, M.; Calvalcante de Melo, G.; Pereira dos Santos, A.; Torres de Lima, M. y Ribeiro, L. (2017). Experiencias de comodidad e incomodidad de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto. *Revista de Enfermería UERJ*, 25. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203>.
- Franca- Tarragó, O. (2008). Manual de psicoética: Ética para psicólogos y psiquiatras. España: Desclée de Brouwer.
- Glaser, B.; Strauss, A. [1967] (2006). *The discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative analysis*. New Jersey: Aldine Transaction.
- Grande, M.; Linares, M.; Álvarez, C. y Pastor, G. (2011). El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. *Cultura de cuidados*, 30(2), 45-51.
- Guzmán, G. (2017). Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración. 26(15), 167-180.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, (29), 85-103.
- Hernández, S.; Pozo, C. y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes ¿efectos directos o amortiguadores?. *Boletín de Psicología*, 80, 79-96.
- Iñiguez, L. (2003). *Análisis del discurso: Manual para las ciencias sociales*. Editorial UOC. ISBN: 84-9788-000-5.
- Islas, P.; Pérez, A. y Hernández, G. (2014). Rol de enfermería en educación para salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico. *Enfermería Universitaria*. 12(1), 28-35. Chihuahua, México.

- Jabardo, M. (2012). Feminismos negros, una antología. Traficante de sueños.
- Leff, E. (2001). Epistemología Ambiental, Cortez Editora, Sao Paulo.
- Lingard, L.; Albert, M. y Levinson, W. (2008). Grounded Theory, mixed methods, and action research, en: British Medical Journal, 337,459-461.
- Luque, M. y Oliver, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de mujeres inmigradas. Index de Enfermería, 48-49(14), 9-13. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&tlng=es).
- Martínez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. PARADIGMA, 2 (27), 1-20.
- Martín, L. y Whittaker, R. (1998). Poder-decir o el poder de los discursos. Madrid: Arrecife/UAM.
- MINSAL. (2008). Manual de atención personalizada en proceso reproductivo. Santiago.
- MINSAL. (2018). Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Santiago.
- Misol, R. (2009). "Atención a la Mujer y el Niño durante el embarazo y el puerperio". En, Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPS-semFYC. Recuperado de <https://www.aepap.org/node> .
- Moleiro, C. (2017). Consejo sexual y contraceptivo a los adolescentes: la importancia de género. Adolesc Saude. 14(1):112-118.
- Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. Salud mental. 30(6), 25-31.
- Muñoz, S.; Castro, E.; Castro, Z.; Chávez, N. y Ortega, D. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 44(1), 39-44. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=en&tlng=en).
- Navarro, I.; Guilabert, M.; Nebot, C. y Mira, J. (2016). ¿Cómo perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse

- en su autocuidado? 39(1), 133-138. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100015>.
- Noreña, L.; Alcaraz- Moreno, N.; Rojas, J. y Rebolledo- Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. 3 (12), 263-27.
  - Núñez, L. (2011). Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En C. Stefoni, Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos? (1° ed., 231-273). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
  - Peralta, O. (1996). Aspectos clínicos del puerperio. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
  - Pérez, F. (2011). Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
  - Piazzini, C. (2014). Conocimientos situados y pensamientos fronterizos: una relectura desde la universidad. Geopolítica(s), 1 (5), 11-33. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_GEOP.2014.v5.n1.47553](http://dx.doi.org/10.5209/rev_GEOP.2014.v5.n1.47553).
  - Price, Y., Angelo, M. y Muñoz, L. (2012). La construcción imaginativa del cuidado: la experiencia del profesional de enfermería en un servicio de asistencia remota. Rev. Latino Am- Enfermagem, 20(4).
  - Quintana, A., Malaver, C., Montgomery, W., Medina, N., Ruiz, G., Lúcar, F., ...y Domínguez, S. (2016) Estilos atributivos y estrategias de comunicación en mujeres con y sin experiencia de abuso psicológico. PsiqueMag, 4 (1), 81-103.
  - Quintana, L. (14 de mayo de 2017). Parir en negro, la realidad de las haitianas que son madres en Chile. El Mostrador. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/destacado/2017/05/14/parir-en-negro-la-realidad-de-las-haitianas-que-son-madres-en-chile-2/>.
  - Rea, C. (2016). La útil relación entre el diálogo de saberes, la traducción y la hegemonía. Andamios, 31 (13), 267-294.
  - Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. Cuicuilco, 18(52), 39-49. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es) .

- Rodríguez, R. (2016). Jóvenes universitarios españoles emigrados: entre la nostalgia del país de origen y la seducción por el de acogida. *Revista internacional de estudios migratorios*, 2(6), 239-268. Universidad de Granada, España.
- Rojas, N.; Amode, N. y Vásquez, J. (2015). Racismo y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis, Revista Latinoamericana*, 42 (14), 217-245.
- Rosenthal, L. (2017). Incorporating Intersectionality Into Psychology: An Opportunity to Promote Social Justice and Equity. *American Psychologist*, 6 (71), 474-475.
- Salar, L.; Sola, N.; Cámara, R.; Cosín, A.; Dago, A. y Gutiérrez, P. (2016). Conocimiento del paciente sobre su medicación: relación entre el conocimiento y la percepción de efectividad y seguridad del tratamiento. *Farmacéuticos Comunitarios*, 8(1), 24-61.
- Sánchez, K.; Valderas, J.; Messerger, K.; Sánchez, C. y Barreras, F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Rev Chil Pediatr.*, 89(2), 278-283. DOI: 10.4067/S0370-41062018000200278.
- Sánchez, E. (2008). El interaccionismo simbólico y la educación dual. *Revista Temas*, 2. DOI: <https://doi.org/10.15332/rt.v0i2.760>.
- Sandoval, C. (1997). *Investigación Cualitativa. Módulo 4. Programa de especialización en teoría, métodos, y técnicas de investigación social*. Universidad de Antioquía. Medellín.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Editorial de la Universidad de La Plata. ISBN: 978-950-34-1231-2.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Schwandt, T. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. En: N. Denzin y Y. Lincoln (eds.) Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications, 118-37.
- Sousa Santos, B. y Meneses, M. (2014) Epistemologías del Sur. Madrid: AKAL.
- Souza, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva, 6 (3), 251-261. Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En S. Taylor y R. Bogdan (eds). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Tijoux, M. y Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. Polis, Revista Latinoamericana, 42 (14), 247-245.
- Vasquez-DeKartzow, R. (2018). La nueva ola de inmigración en Chile. Oportunidad para crecer como país. Revista Chilena de Pediatría, 89 (3), 307-309. DOI: 10.4067/S0370-41062018005000301.
- Valverde, M.; Ortiz, A.; Martín, A.; Ruiz, A.; Jerónimo, I.; Martínez de la Ossa, R. y Martínez de Carvajal. (2015). Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, 42(2), 50-55.
- Vásquez-De Kartzow, R. y Castillo-Durán, C. (2012). Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. Revista Chilena de Pediatría. 83(4), 359-363.
- Yustas, L. (2015). Conocimiento situado y epistemología feminista en la investigación en arte: De cómo defender en una comunicación los conflictos específicos del uso de la enunciación académica en la investigación en arte. En II Congreso Internacional de Investigación en Artes Visuales. Editorial Universitat Politècnica de Valencia.

## VIII. Anexos

### VIII.1 Anexo 1

- **Consentimiento informado para participantes**

El propósito de este documento es de proveer a las participantes de esta investigación de una clara explicación respecto de la naturaleza de la misma, así como también de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la estudiante Macarena Alejandra Márquez Ventura perteneciente a la carrera de Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Chillán. En el marco de la realización de la tesis de pregrado que lleva por título: **“Vivencias relativas a la salud reproductiva de mujeres haitianas inmigrantes atendidas en la unidad de maternidad del hospital de Chillán”**.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará participar voluntariamente en cinco sesiones correspondientes a talleres grupales junto a otras mujeres haitianas inmigrantes, lo cuales tienen como fin contribuir con información relevante en relación a la salud reproductiva y a la vez recabar datos sobre las vivencias, experiencias y percepciones que tienen respecto a los temas tratados en cada taller. Cada taller tomará cerca de 2 horas de su tiempo aproximadamente. Es importante destacar que lo que conversemos durante estas sesiones será grabado, a fin de que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y tener un mejor acercamiento de los datos.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será trabajada de forma confidencial y no se usará para ningún otro procedimiento fuera de los de esta investigación. Sus respuestas u opiniones en cada sesión de taller pueden ser codificadas usando nombres ficticios si así lo desea la participante, con el fin de resguardar el anonimato. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas. Además, es importante considerar que la investigación no presenta ningún riesgo para la salud de las personas que participen en ella.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso la perjudique de ninguna forma.

**Fono contacto investigadora: 9xxxxxx18, correo: macarena.marquez1501@alumnos.ubiobio.cl.**

Desde ya agradeciendo su participación.

Yo.....

acepto participar voluntariamente en esta investigación, dirigida por Macarena Alejandra Márquez Ventura. Declaro haber sido informada oportunamente de la finalidad de este estudio y me han indicado también las condiciones de participación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno sobre mi persona. Entiendo que una copia de este consentimiento me será entregada y que se me entregará información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre de la participante: .....

Fecha: .....

---

Firma de la participante

---

Firma de la investigadora

- **Consentimiento informado para participantes en creole:**

**Konsantman enfòmè pou patisipan yo.**

Rezon pou fè dokiman sa a se bay enfòmasyon ak yon eksplikasyon sou rechèch la.

Rechèch sa a fè pa elèv Macarena Alejandra Márquez Ventura li etidye Sikoloji nan Inivèsite Bio-Bio, nan Chillán. Realizasyon nan sou etid la téz li rele:

**"Eksperyans ki gen rapò ak sante a repwodiktif nan fanm ayisyen imigran trete nan inite a matènite nan lopital la Chillán".**

Si ou dakò pou patisipe nan rechèch sa a, yo pral mande w patisipe volontèman nan senk (5) sesyon ki koresponn a atelye gwoup ansanm avek lòt fanm imigran ayisyen yo ki gen entansyon kontribye avek enfòmasyon ki enpòtan konnen sou la sante repwodiksyon e konsa konnen sou eksperyans ak pèsepsyon ke yo genyen sou tèm ki nou pral fè nan chak atelye yo.

Chak atelye li dire apeprè 2 èdtan.

Li enpòtan di nou ki sa nou pale pandan sesyon sa yo ap anrejistre, e konsa nou kapab genyen tout enfòmasyon pou fè dokiman a.

Patisipasyon nan etid sa a se konplètman volontè.

Tout enfòmasyon yo kolekte yo pral travay konfidansyèl epi yo pa pral itilize pou nenpòt ki lòt pwosedi deyò nan investigasyon sa a.

Repons ou yo oswa opinyon yo nan chak sesyon atelye yo si ou vle nou ka pwoteje idantite ou e itilize lòt nom si ou vle sa.

Yon fwa entèvyou yo transkri, anrejistreman yo pral efase.

Li enpòtan tou pou nou konsidere ke rechèch la pa prezante okenn risk pou sante moun ki patisipe ladan yo.

Si ou gen nenpòt kesyon sou rechèch sa a, ou ka fè kesyon nenpòt ki lè pandan patisipasyon ou.

Epi si ou vle retire nan etid la a e konsa pa ka kontinye patisipe la pa gen pwoblem selman ou dwe di nou sa.

**Kontakte**                      **Telefòn:**                      **97xxxx18,**                      **lapòs:**  
**macarena.marquez1501@alumnos.ubiobio.cl.**

Mèsi anpil pou patisipasyon ou.

Mwen.....

..... Mwen dakò pou patisipe volontèman nan investigasyon sa a, ki te dirije pou Macarena Alejandra Márquez Ventura.

Mwen deklare ke mwen te resevwa tout enfòmasyon yo sou objektif etid sa a nan yon manyè apwopriye e mwen te endike tout kondisyon pou patisipasyon mwen la.

Mwen rekonèt ke enfòmasyon mwen bay nan investigasyon sa a se konfidansyèl epi yo pap itilize li pou lòt etid san konsantman mwen.

Mwen te enfòm ke mwen ka fè kesyon sou pwojè a nenpòt moman epi ke mwen ka retire le mwen pa vle kontinye nan etid la.

Mwen konprann ke yo pral ban mwen yon kopi konsantman sa a epi yo pral bay mwen enfòmasyon sou rezilta etid sa a lè li fini.

Non patisipan an: .....

Dat: .....

---

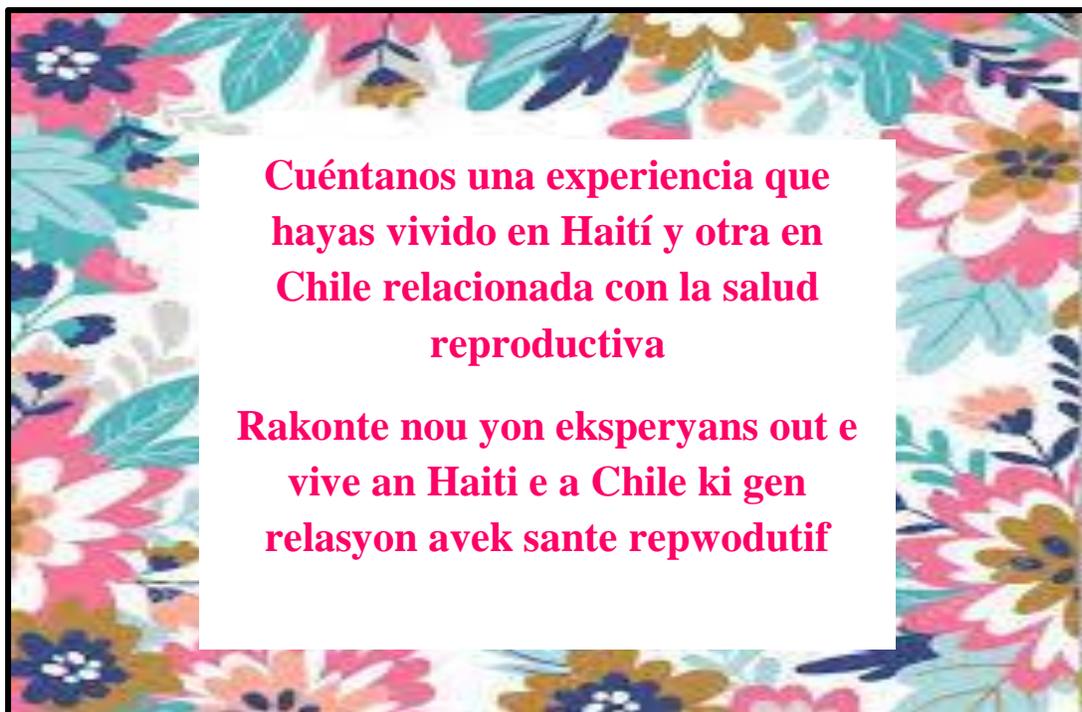
Patisipan fèm

---

Siyati chèchè a

VIII.3 Anexo 2

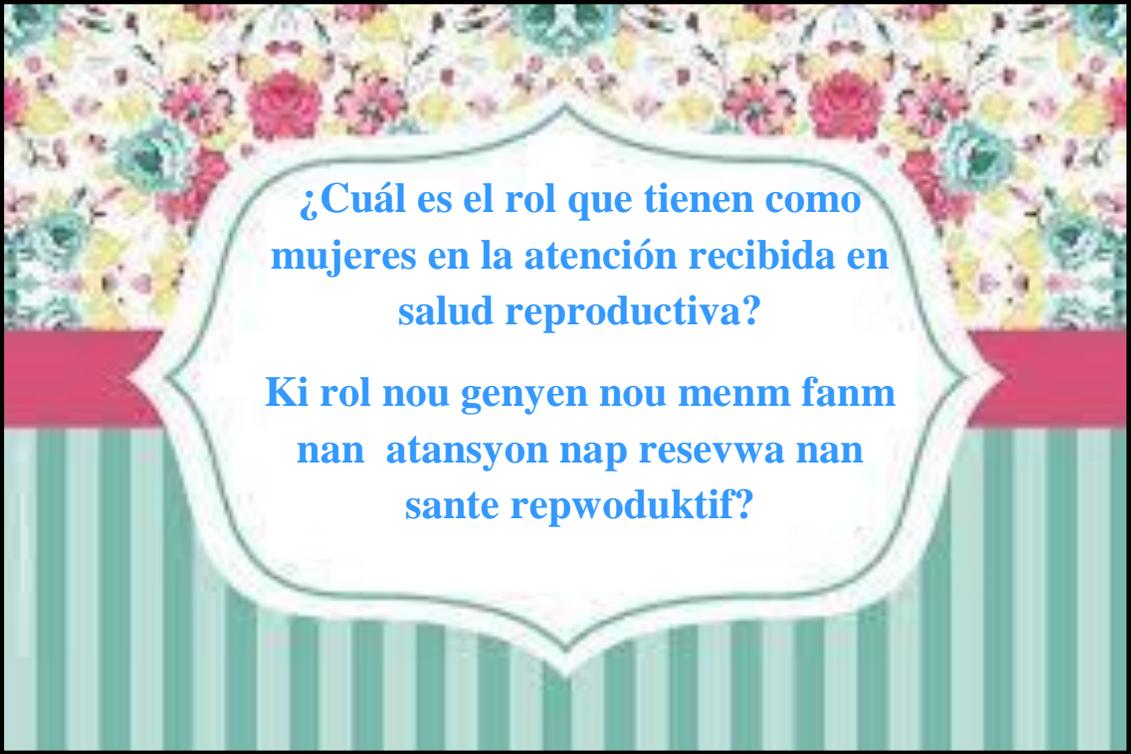
- **Actividad taller N°2:**





**¿Qué cosas buenas reconoces que hay en la atención en Haití? Y ¿Cuáles reconoces en Chile?**

**Kisa ki bon u rankontre nan atansyon Haiti? E an menm tan kisa ki bon ou rankontre nan atansyon Chile?**



**¿Cuál es el rol que tienen como mujeres en la atención recibida en salud reproductiva?**

**Ki rol nou genyen nou menm fanm nan atansyon nap resevwa nan sante repwoduktif?**

● **Material taller N°2:**

**Derechos y deberes:**

**EGZIJE DWA'W YO**

Ministerio de Salud  
Gobierno de Chile

Genyen bon enfòmasyon ak kongreyansyon sou eta sante'w.	Resewwa yon tretman diy nan respè prive'w.	Relè'w nan non'w ak atasyon ak amabilite.	Resewwa bon kalite atansyon ak asistans, selon pwotokòl ki etabli yo.	Genyen enfòmasyon de pri atansyon sante a.
Pa dwe gen anrejistremant ni fotografi nan objektif pou fè difizyon san pèmi ou.	Enfòmasyon medikal ou yo pa remèt a moun ki pa gen rapò ak swen ou.	Akseptè oswa rejte nenpòt tretman epi pou mande egzeyat volontè.	Resewwa vizit, konpayi ak asistans espirityèl.	Konsilte oubyen reklame respè atansyon sante ke w'ap resevwa a.
Enki'w nan etid rechèch syantifik sèlman si ou otorize li.	Kote ki espòtan, yo dwe konte ak syaltasyon ak fasilite yo nan lang orijinal la.	Pèsonèl sante a genyen idantifikasyon.	Enskri nesans, pitit ou a nan kote rezidans ou an.	Doktè ou a ba ou yon rapò sou atansyon ou resevwa pandan'w antane lopital la.

**Epi ranpli devwa ou yo**

Delivwe enfòmasyon veridik sou maladi a, idantite ak adès.	Konnen epi ranpli règleman entèn ak pwotaje enfòmasyon medikal ou an.	Pran swen enstalasyon yo ak ekipman ki nan espas la.	Aprann sou orè atansyon yo ak fom peman.	Trete ak respè.	Aprann pwosedi reklamasyon yo.
--	---	--	--	-----------------	--------------------------------

TOUT MOUN KAPAB REKLAME DWA YO NAN SANT SANTE A, LOPITAL, KLINIK OSWA SANTMEDIKAL PRIVE KI RESEVWA LI A. SI REPONS LA PA SATISFEW OU KAPAB ALE SIPEENTANS SANTE A. (Eksètrè nan lwa 20.584 nan Dwa ak Devwa Pasyan)

Versión en español:



### ¿Qué trámites debe realizar si está embarazada?

- Inscríbete en el consultorio más cercano al cual tenga acceso, sin importar que se encuentre en situación irregular.
- Una vez inscrita en el consultorio, debe solicitar atención con matrona -matrón para ingresar al control prenatal y, posteriormente, continuar controlando su embarazo.



**¿Qué es el control prenatal?**

Consiste en una atención profesional gratuita que se entrega a todas las embarazadas durante la gestación, la cual tiene como objetivos:

- Observar cómo se desarrolla el bebé que va a nacer.
- Diagnosticar y tratar oportunamente alguna complicación o enfermedad que se presente.
- Derivar a otros especialistas cuando sea necesario, tales como médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos o asistentes sociales.
- Instruir a la madre y su familia con respecto al nacimiento y los cuidados del bebé.

*Es muy importante que el padre o alguna persona significativa para la madre, asista también a los controles.*

**Cuidados prenatales:**

La etapa prenatal es fundamental para velar por la salud de la madre y del bebé que va a nacer. Por ello, tenga en consideración las siguientes recomendaciones:

- Entorno saludable:** Procure un espacio acogedor en la casa, en el cual la madre se sienta cómoda y tranquila.
- Alimentación sana:** Consuma frutas, verduras, legumbres, carnes rojas y pescado, y beba abundante agua o jugos naturales sin azúcar. Evite bebidas, comida chatarra o con exceso de grasas y calorías, así como comer pescado crudo (sushi).
- Actividad física:** Mantenga una vida activa y realice ejercicios habitualmente. Esto ayudará a que no aumente excesivamente de peso y beneficia su preparación para el trabajo de parto.

### ¿Qué trámites debe realizar si está embarazada?

- Descanso:** Duerma por lo menos 8 horas en la noche. Si es necesario puede realizar siestas durante el día.
- Consumo de vitaminas:** Tome sólo las vitaminas y/o medicamentos que le prescriban en el control prenatal. Nunca se automedique.

### ¿Cuándo acudir a urgencia?

**Debe acudir a urgencia de Maternidad del hospital más cercano si:**

- elimina sangre por su vagina, mucho más abundante que su periodo menstrual.
- elimina líquido claro por su vagina, que no corresponde a orina.
- tiene más de 28 semanas de embarazo, y no logra sentir los movimientos de su bebé (patadita), pese a que usted se ha alimentado durante el día.
- siente contracciones uterinas cada 5 - 10 minutos durante una hora, las cuales no disminuyen.
- presenta síntomas de presión arterial alta, tales como dolor de cabeza o en la boca del estómago intenso, visión borrosa o con "puntos destellantes", zumbidos en los oídos, hinchazón excesiva (edema) en piernas, manos o cara. Estos síntomas pueden ocurrir todos a la vez o sólo algunos.

### ¿Qué derechos tiene durante el embarazo?

**Durante el embarazo usted tiene ciertos derechos custodiados por la legislación chilena, entre ellos:**

- Entrega de licencia pre y post natal a todas las trabajadoras con contrato.
- Acompañamiento por parte de la pareja o persona significativa durante todo el embarazo, incluido el parto.
- Control prenatal gratuito durante toda la gestación.
- Atención y asistencia profesional durante el parto, en cualquier hospital del país.
- Acceso a analgesia (anestesia peridural) durante el parto, para disminución del dolor.
- Entrega del ajuar del programa "Chile crece contigo".

### Preparación para el parto.

#### ¿Qué debe llevar al hospital? Al momento del parto la madre debe llevar:

- Carnet de identidad o pasaporte.
- Agenda de salud de la mujer. Esta agenda es entregada en su consultorio, y contiene toda la información sobre su embarazo.
- Todos los exámenes y ecografías tomados durante el embarazo.
- Ropa de dormir.
- Ropa interior de recambio para 2 a 3 días.
- Utiles de aseo personal: Jabón líquido, papel higiénico, cepillo de dientes, pasta de dientes, champú, desodorante, y toallas higiénicas (mimi).

#### Para el Recién nacido:

- Muda de ropa completa para 2 a 3 días.
- Pañales
- Algodón y alcohol de 70° para la limpieza del cordón umbilical.
- Pañales de género (1-2).
- Una manta.

*Nota: No lleve artículos de valor, tales como: billetes, celulares, cámaras fotográficas entre otros.*



Versión en Creole:



### Kisa ou ta dwe fè siw ansent?

- Enskri nan yon sant de Santé ki pi pre ou a, nan sa ou gen aksè yo, kèlkeswa ou ta San papye ou legal nan peyi ya.
- Lè ou fin anrejistre nan sant de Santé ya, ou dwe ap pran swen ak doktè nan sant sa, antrè nan "KONTWÒL PRENATAL" aprè pou kontinye kontwòl gwosès la.

### Kisa kontwòl prenatal la ye ?

Li se yon swen pwofesyonèl gratis ki bay tout fanm ansent pandan gwosès, ki gen pou objektif pou:

- Observe kòman tibèbé ki pral fèt la AP devlope.
- Dianyostik e tretè atan kèk komplikasyon oubyen maladi ki ka ta ka prezante.
- Refere a lòt espesyalis lè sa nesesè, tankou doktè, dantis, nutrisyonis, sikolog ou swa travayè sosyal.
- Montre manman an ak fanmi li, lè tibèbé ya fèt koman pou pran swen li.

*Li trè enpòtan ke papa a oswa yon moun enpòtan pou manman an, ta suiv kontwòl sa tou.*

### Swen prenatal:

Etap prenatal la li esansyèl pou asire sante manman an epi tibèbé ki pral fèt la. Se poutèt sa, tanpri konsidere rekòmandasyon sa yo:

- Anvwonman dwe pwop: dwe gen kote nan kay la, kote manman an dwe trè konfòtab pou li santi li alèz e an repo.
- Manje sen: Manje fwaj, legim, vyann wouj ak pwason, ak bwè anpil dlo oswa ji natirèl san sik. Pa bwè ji ki pa natirèl oswa bwason gazèz, pa manje anyen ki gen twòp grès ak kalori menm lè wap manje pwason ki tankou (sushi).
- Aktivite fizik: Kenbe yon lavi ki aktif ak fè egzèsis souvan. Sa a ap ede pa ogmante bwè pwa epi lap nan avantaj ou Poul edwe prepare Lew gen tranche.
- Repoze: Dòmi omwen 8 tètjan lèl lannwit. Si sa nesesè ou ka Dòmi pandan lajounen.
- Bwè Vitamin yo: Pran vitamin sèlman oswa medikaman doktè preskri ou nan kontwòl prenatal la. Pa janm pran medikaman doktè pa preskriw.

### Kilè ou dwe Ale nan ijans lan?

**Ou dwe ale nan ijans Matènite nan lopital ki pi pre ou a si:**

- Siw AP bay San nan vajen ou, plus ke lèw konn gen règ ou.
- Si wap bay likid klè nan Vajen ou ki se pa pipi



**Ki sa mwen ta dwe fé si mwen ansent?**

### Siw gen plus lè 28 semèn (7 mwa) ansent ou pa Santi tibèbé ya ap fè mouvman nan vant ou ( baw kout pye ) menm siw te manje pandan jounen.

### Siw santi kontraksyon matris ( tranche ) chak 5 a 10 minit pandan yon unè detan, ki pa diminye.

### Sentòm tansyon wo tankou malèt oswa doulè nan bouch lestomak ou , vizyon twoub oswa "tach flache" ou Santi on bagay kap sonnen nan zòrèy yo, anfleman nan pye yo, men ou osinon figi ou. Sentòm sa yo pa rive tout tan sèlman kèk fwa.

### Ki dwaw genyen lè ou ansent?

**Durante el embarazo usted tiene ciertos derechos custodiados por la legislación chilena, entre ellos:**

Pandan gwosès ou gen sèten dwa ki te fèt nan lwa Chilyen yan , ki gen ladan yo:

- Ba ou lisans ( konje matènèl ) Avan e aprè Akouchman ak tout travayè ki gen kontra.
- Dwe akonpanye pa papa tibèbé ya wap pote ya , oswa on moun ki enpòtan pou ou pandan tout gwosès la, e lè akouchman tou.
- Kontwòl prenatal gratis pandan tout gwosès la.
- Swen ak asistans pwofesyonèl pandan akouchman, nan nenpòt lopital ki jan nan peyi a.
- Aksè ak anahezik (anestesi epidural) pandan akouchman pou pou kalme doulè a .
- Remèt ou livrezon trouso ki fè Pati de program "Chili ap grandi avèk ou" a.

### Preparasyon pou akouchman.

#### Kisaw dwe pote lopital la? Lè manman an pral akouch e li dwe pote:

- Kat idantifikasyon oubyen paspò l.
- Ajanda pou sante fanm. ajanda sa ke yo te ba ou nan sant de Santé ou tap suiv la ki gen tout enfòmasyon sou gwosès ou a .
- Tout tès ekografi te fè pandan gwosès la.
- Chemiz de nwl.
- kilòt pou 2 a 3 jou.
- Iti swen pèsònèl: savon Likid, papye twalèt, bwòs dan, patdantifris, chanpou, deyodoran, kotèks (gro koteks).

### Pou tibèbé ya:

- Ale avèk rad pou 2 a 3 jou yo.
- Ponpez
- Koton avèk alkòl 70° pou netwaye la brit tibèbé ya.
- Kouchèt sek (1-2).
- On dra.

*Remak: pa pote bagay ki gen valè, tankou: bous, telefòn selilè, kamera etc.*





Servicio Jesuita a Migrantes



Patronato madre-hijo

**Autora:**  
**Andrea Gallardo Bordones**  
 Matrona /  
 Universidad de Antofagasta



www.sjmchile.org

## Versión en español:





### ¿Qué cuidados debo tener luego del parto?

Indicaciones básicas del puerperio.

#### ¿Qué es el Puerperio?

El postparto o puerperio es el periodo de la vida de la mujer que comienza con el nacimiento del recién nacido y se prolonga hasta que el organismo de la madre se readapta a su estado normal (aproximadamente seis semanas). En este periodo de transición se desarrolla la lactancia y el proceso de apego entre madre-hija/o, por tanto, es vital tomar en cuenta una serie de precauciones con respecto a ambos.

#### ¿Qué debe hacer la madre luego de tener a su bebé?

- Inscribir a su bebé en el registro civil.** Para realizar esta inscripción obligatoria, acérquese con el carnet de identidad o pasaporte de ambos padres, más el comprobante de parto que le entregará el hospital, al registro civil de la comuna en que nació su hijo o hija.
- Solicitar atención médica profesional.** Dos o tres días después de tener a su bebé, acuda a su consultorio más cercano para pedir hora con su matrona o matrócn. Esta atención, gratuita, es vital para evaluar cómo ha evolucionado usted y su recién nacido.
- Mantener reposo relativo.** Aunque una vez dada de alta puede hacer una vida normal, evite grandes esfuerzos físicos o excesos de fuerza.
- Cuidar un régimen alimenticio liviano.** Para prevenir complicaciones, evite alimentos que favorezcan los gases intestinales. Además, para favorecer la producción de leche materna, beba abundante líquido (dos a tres litros diarios).
- No automedicarse.** En caso de dolor o molestias post parto, sólo consuma los analgésicos entregados en su centro hospitalario. Jamás se automedique o acepte medicamentos recetados por terceras personas.
- Mantener abstinencia sexual por un mes.** Para evitar infecciones o complicaciones mayores post parto, debe esperar durante un mes antes de reiniciar su vida sexual. Una vez transcurrido este tiempo, acuda a su consultorio para solicitar a su matrona o matrócn el inicio de un nuevo método anticonceptivo.

- Asearse habitualmente.** Recuerde que puede ducharse con normalidad después de que ha sido dada de alta. El aseo genital debe ser constante y sólo con agua, para así evitar infecciones. En caso de haber tenido una cesárea, la herida operatoria sólo se lava con agua y luego procure secarla con secador de pelo o papel absorbente.

#### ¿En qué casos la madre debe consultar al servicio de urgencia de maternidad?

**Cuando la madre presente:**

- Estados febriles sobre 38°C (axilar).
- Mal olor en el sangrado vaginal que no mejora pese a realizarse un aseo genital constante.
- Mamas congestivas (duras, abultadas, muy dolorosas) las cuales no se logran vaciar aunque haya alimentado a su recién nacido.
- Herida operatoria de cesárea enrojecida, con secreciones, mal olor o muy dolorosa al tacto.
- Puntos quirúrgicos en la región genital abiertos antes de tiempo, sangrantes y con hechor.



## Versión en Creole:





### Ki Jan de swen mwen dwe pran lè mwen fin akouche?

Enfomasyon de Baz yo pou nouris yo.

#### Kisa ou nouris ye?

Apre akouchman ouwa ou nouris se ou peryòd nan lavi fanm nan, kote Pap kòmanse ansanm avèk ti bebe li fèk fè li ki ap dirij jiskaske lò manman an retounen nan eta nòmal li. (apeprè sis semèn yo). Nan menm peryòd chanjman sa manman pran gen pou li bay tèt a pitit gason / pitit fi sa, alètman sa ap devlope ou lyezon ant manman e pitit la. Se poutèt sa li enpòtan yo konsidere yon kantite prekosyon konsènan tou de .

#### Kisa Manman dwe fè lè fin akouche ?

- Enskri ti bèbé ou a nan rejis sivil.** Pou fè enskripsyon sa a obligatwa, vini ak kat idantifikasyon ouwa paspò tou de paran yo, plis prèv livrezon ke yo te pral bay lopital la, rejis sivil la nan komin ou te fèt pitit ou a.
- Chèche jwenn swen medikal profesional.** De ou twa jou apre w fin gen ti bebe w la, ale nan yon sant de Santè ki pi preya jwenn ak Yon doktè . Swen sa a, yo gratis, li enpòtan pou yo evalye kijan sante ou ap evolue ak ti bèbé ou fèk fèt ya.
- Dwe gen repo sufizan.** Kou yo baw esgazyat ou dwe Mennen Yon lavi nòmal, evite fè gro etò al kow ouwa leve bagay lou.
- Fa Yon Dyet lejè.** Anpeche konplikasyon, evite manje ki ka baw gaz nan vant ou. Anplis de sa, pou fasilite lèt nan tètè yo koule , bwè anpil likid (de a twa lit pa jou)
- Pa pran medikaman doktè pa preskriw.** Nan ka ou ta gen doule apre akouchman ouwa mal alèz , se pou pran sèlman kalman yo te baw lopital . Pa janm pran medikaman paaw ou ouwa akseptè medikaman preskri pa yon lòt.
- Pa antre nan relasyon seksyèl pandan ou mwa .** Evite enfeksyon o komplikasyon mayores post parto, debFè atansyon pou pa pran enfeksyon ouwa ou gwo konplikasyon apre akouchman, ou ta dwe rete tann yon mwa anvan reprann lavi seksyèl ou. Apre tan sa a, Ale nan sant de santew konn suiv la mande doktè ya yon nouvo metòd kontraseptif ( planin)

- Beryen nomaIman janw te konn fè oparavan .** Sonje ke ou ka beryen nomaIman apre yo fin bawezayt la. ou dwe ap fè twalèt debaw sèlmanm ak dio pou evite enfeksyon. Nan ka le ou ta sot fè Sezaryèn, lave blèsi ya ak dio tou, apre sechel al Yon sechwa cheve ou Yon sevlet prop esek ki ka byen sechel.

#### Nan ki ka manman an ta dwe konsilte yon sèvis ijans matènite?

**Lè manman an prezante:**

- Fyèb plis ke 38°C (anba bral).
- Yon movèz odè nan San kap soti nan vajen yan malgrew ta fè twalèt debaw Chak souvan.
- Tete yo konjektiv (yo di, yo Cho, yap fèw mall lèt la pa vle koule menm Lew ta vle bay tibèbé ya tètè.
- Blesi kotew fè Sezaryèn lan rouj, lap bay pi ki gen movèz odè ouwa fèw trè mal lèw maryenl.
- Fil yo koud ou yo nan Pati Vajen ou ta soti Awan lè yo epi, f ap senyen epi move sant.

#### Ki prekosyon Nou dwe pran lè timoun nan fènk fèt?

- Li dwe bwè sèlman lèt manman.** Yon tibèbé dwe pran tètè nenpòt lè li Mandel. Si sa ta rive tibèbé sa pa vle pran tètè, manman an gen devwa Pou ap eseye Fidèl pran tètè ya Chak 2 ou 3 èdtan yo nan Yon peryòd 20 a 30 minit yo. Ou pa dwe bay timoun ki fènk fèt la dio ou manje solid.
- Tyeke sil di jere nòmal.** Raplew timoun ki fènk fèt la li dwe Pipi e twalèt Chak jou . Sa ap vle di ke li li byen di jere byen sal manje yo.
- Fal avèk anpil swen li mettte .** Pandan ke lòd lanbrèt tibèbé ya poto tonbe netoyè sèlman avèk alkòl 70° et se chechel al koton, chak lèw fini. Lè lòd lanbrèt la tonbe beryen li nòmal.



**Nan ki ka manman an ta dwe konsilte yon sèvis ijans pedyatri?**

**Kan ti bebe ya:**

- Rejè lèt tete Manman an , ou pa ka jwenn mwen pou fèt tètè kòm dabitid ouwa li pa ogmante de pwa parapò a nonb de jou ke li geryen yan.
- Prezante Fyèb plis ke 38°C, malgrew ta detoufèl
- Souf anlè (zo kot li ap soti, lap respire vit, epil bawon apansan ble).
- Yon chanjman anòmal jòn sou figi, vant, pyem ki ogmante de jou an jou.



**Autora:**  
**Andrea Gallardo Bordones**  
 Matrona /  
 Universidad de Antofagasta

**f sjmchile**  
[www.sjmchile.org](http://www.sjmchile.org)

## Versión en español:



### ¿Qué es un aborto espontáneo?

Durante el embarazo, algunas mujeres pueden tener complicaciones que desembocan en un aborto espontáneo.

El aborto espontáneo se define como la pérdida inesperada y sin intervenciones externas de un feto o embrión que tenga menos de 500 gramos de peso, en un embarazo que no ha superado las 22 semanas de gestación.

### ¿Cuáles son los síntomas de un aborto espontáneo?

- Dolor en la zona pélvica, más fuerte que en un período menstrual.
- Sangrado genital inesperado, de moderado a abundante cantidad.

### ¿Qué debe hacer en caso de presentar estos síntomas?

Debe acudir inmediatamente al servicio de urgencia de maternidad del hospital más cercano al que tenga acceso, sin importar que usted se encuentre en situación irregular. Los abortos espontáneos no tratados desembocan en complicaciones graves; por tanto, es vital que reciba una atención médica oportuna que garantice su bienestar.

### Indicaciones básicas post aborto espontáneo:

En el caso de que usted haya estado hospitalizada por un aborto espontáneo, es muy importante que luego del alta siga las siguientes indicaciones:

- **Mantener reposo relativo.** Hacer una vida normal, pero evitando grandes esfuerzos físicos o excesos de fuerza.
- **No automedicarse.** En caso de dolor o molestias, sólo consuma los analgésicos entregados en su centro hospitalario. Jamás se automedique o acepte medicamentos recetados por terceras personas.
- **Abstenerse de relaciones sexuales durante un mes.** Para evitar infecciones o complicaciones, debe esperar durante un mes antes de reiniciar su vida sexual.

- **Iniciar su método anticonceptivo.** Se recomienda que utilice algún método anticonceptivo por al menos 6 meses, ya que un nuevo embarazo antes de este tiempo podría significar otro aborto espontáneo u complicación. En su consultorio le ayudarán a elegir el más adecuado para usted.

- **Solicitar atención médica profesional.** Una semana después del alta acuda a su consultorio más cercano para pedir hora con su matrona o matrócn. Esta atención, gratuita, es vital para evaluar cómo ha evolucionado su recuperación.

### ¿En qué casos debe consultar al servicio de urgencia de maternidad?

Si se encuentra en período de alta luego de un aborto espontáneo, debe acercarse al servicio de urgencia cuando presente:

- Estados febriles axilares sobre 38°C.
- Nuevo sangrado genital abundante.
- Dolor pélvico intenso, que no cede con los analgésicos que está tomando.
- Flujo genital de mal olor.
- Molestias y/o dolor al orinar.

### Derechos legales:

Es importante que usted sepa, que luego de haber tenido un aborto espontáneo, usted tiene beneficios:

- **Licencia médica.** Usted tiene derecho legal a una licencia médica. Está será entregada al momento de alta, y la cantidad de días otorgados puede variar dependiendo del criterio de su médico tratante.
- **Acceso al programa Dignifica.**

En el caso de algunos abortos espontáneos, en los cuales se obtiene un producto, es decir, existe la expulsión de un feto, usted tiene la posibilidad de acceder al programa "Dignifica".

Este es un programa otorgado por el Hogar de Cristo y Parque del Recuerdo, el cual le permite sepultar a su hijo o hija de forma gratuita.

### ¿Cómo puede acceder al programa?

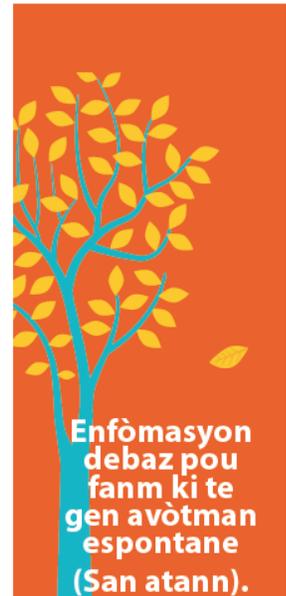
En el hospital en el cual usted haya sido atendida, debe:

- Expresar su decisión de acogerse al programa.
- Firmar el consentimiento que se le entregará.
- Solicitar en el hospital el certificado de defunción para presentarlo en el registro civil. En este organismo, le entregarán el pase de sepultación para su hijo o hija.
- Entregar el pase de sepultación, a la matrona/matrócn del hospital.

Una vez finalizados estos trámites, el hospital se encargará de tramitar el proceso, y la contactarán una vez que la ceremonia esté coordinada. Este proceso puede demorar 7 a 10 días, aproximadamente.



## Versión en Creole:



### Ki sa ki se yon avòtman espontane?

Pandan gwosès, kèk fanm ka gen konplikasyon ki mennen yon avòtman san atann.

Avòtman espontane a defini kòm pèt inatandi san entèvansyon ekstèn nan yon fetis ouwa anbyon ki peze mwens ke 500 gram, nan yon gwosès ki pa depase 22 semèn jèstasyon.

### Ki sentòm avòtman espontane a prezante?

- Ou gen plis doule nan zòn basenw ke lèw gen règ ou.
- Senyen inatandi nan pati jenital ou, ki soti nan koulè wouj violèt a anpil kanite.

### Ki sa ou ta dwe fè si ou gen sentòm sa yo?

Ou dwe ale tou swiit nan lopital ki pi prew kew gen aksè a, nan sevis ijans, nan matènite, ou meet te nan sitiyasyon iregilye. Avòtman espontane san trete mennen konplikasyon grav, Se poutèt sa li enpòtan pouw resewva swen medikal nan menm moman an pouw asire byennèt ou.

Si ou te entènè lopital pou yon avòtman espontane, li trè enpòtan ke apre yo fin bay egzèyate pouw swiv endikasyon sa yo:

- **Ou dwe pran repo relatif:** mennen yon lavi nòmal, men evite fe gwò efò fizik ouwa fe fòs.
- **Pa preskri pwòp tèt ou remède:** Nan ka ou ta gen doule ouwa malèz, se sèlman konsome kalman yo te ba ou nan lopital la. Ou pa dwe janm preskri tèt ou medikaman ni akseptè medikaman yon lot moun preskriw.
- **Evite fè sèks** pandan yon mwat: Pou evite enfeksyon ouwa konplikasyon, ou ta dwe rete tann yon mwat anvanw reprann vi sèksyèl ou.
- **Kòmanse yon metòd kontrasepsyon:** li rekòmande ke ou itilize yon metòd kontraseptif pandan o mwen 6 mwat, paske siwansent anko avan tan sa a, sa kapab vle di yon lòt avòtman espontane ouwa konplikasyon. Nan lopital ou ale a yap edew chwazi sa kap bon pou ou an.

- **Chèche swen medikal pwofesyonèl.** Yon semèn apre yo fin bay egzèyate, ou dwe ale nan lopital ki pi prew la mande yon randevou avèk yon fanm sij. Atansyon sa a gratis, li enpòtan pou yo evalyew e montrew kouman gerizyon an ap evolye.

### Kilè ou ta dwe konsilte sevis ijans matènite a?

Si se apre yo fin bay egzèyate pou yon avòtman espontane, ou ta dwe apwòche sevis ijans la siw gen sentòm sa yo

Tanperati fyev anba braw pi fo ke 38°C.

- Pati jenital ou ap senyen anpil.
- doule basen grav, ki pa pase menm siw pran kalman.
- Mouvè odè nan pati jenital ou.
- Malèz ak / ouwa doule lèw ap pipi.

### Dwa Legal:

Li enpòtan pouw konnen ke apre ou fin genyen yon avòtman espontane, ou gen benefis sa yo:

- **Lisans medikal:** legalman ou gen dwa pou yo baw konje medikal Yap baw konje sa le yo fin bay egzèyate, kanite jow yap baw la ka varye dapre krite doktè kap tretew la.
- **Aksè nan pwogram "Dignifica"**  
Nan kèk avòtman espontane, ou ka jwenn on pwodwi, sa vle di, gen ekspilyon yon fetis. Ou gen posibilite pouw jwenn Aksè nan pwogram "dignifica" a.



Sa a se yon pwogram le "Hogar de Cristo" ak "Parque del recuerdo" bay, ki pèmèt ou antere pitit ou a pou gratis.

### Ki jan ou kapab jwenn Aksè pwogram sa?

Nan lopital kote ou yo te ale a, ou ta dwe:

- Eksprime desizyon kew pran pouw rantrè nan pwogram nan.
- Siyen konsantmanw nan dokiman yap ba ou an.
- mande sètifika desè a pouw ka anrejistrel nan rejis sivil. Nan òganizasyon sa a, yo pral ba w on ti kat pou antèman pitit ou a.
- Remet ti kat yo bay la a fanmsaj lopital la. Yon fwa pwosedi sa yo fini, lopital la ap fè aranjman pouw pwosesis la e yap kontaktrèw ou yon fwa yo fin kowidone sèsemòl an. Pwosesis sa a ka pran 7 a 10 jow, apreè.



**Autora:**  
Andrea Gallardo Bordonos  
Matrona /  
Universidad de Antofagasta

[www.sjmchile.com](https://www.sjmchile.com)



**Ki pwogram lan ye?**

PARN se yon pwogram ki konplete "Sistèm Pwoteksyon Entegral la nan Anfans Chili Grandi ak ou Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo" pou egalize opòtinite devlopman timoun yo fi kou gason nan ba yo yon seri enstalasyon Debaz pou tibebe ki fenk fèt ak edikasyon pou fanmi yo.

**Pou kisa pwogram lan sèvi?**

- Pou ankouraje swen sante ak devlopman entegral nan tibebe ki fèk fèt la depi nan nesans
- Pou ogmante konesans papa ak manman sou bay tete, eksitasyon, swen debaz, lyen ak devlopman timoun piti byen bonè, ak yon vizyon de elvaj ak respè

**Pou ki moun pwogram lan ye?**

Pou chak ti gason ak ti fi ki fèt e yo bay yo egzeyat nan lopital rezo piblik lasante a, endepandan de previzyon sosyal manman ouwa papa ak sal ospitalizasyon manman an (pou moun ki nan pansyon yo tou) Si se yon nesans miltip sa koresponn ak yon seri pou chak timoun.

**Ki kote ak ki lè seri a delivre?**

Yo delivre'l nan lopital rezo sante piblik yo, nan moman egzeyat timoun fèk fèt lan.

**Patisipe nan atelye prenatal yo ki nan sant sante'w la, yo se yon sipò enpòtan pou ou menm ak fanmi ou**

**Raple'w**

Gen asistans a kontwòl sante ak fanm saj ou an anvan 7em jou lavi bebe'w la epi pote "kaye Sante piti ou an" ke yap ba'w lè yo ba'w egzeyat nan matanite a, konsa ou kapab ekri tout enfòmasyon yo.



**Pwogram apwi pou bebe fèk fèt**



**Pou plis enfòmasyon**

Anntre nan sit entanèt [www.chilecececontigo.cl](http://www.chilecececontigo.cl)

kote w'ap kapab rankontre enfòmasyon, videyo yo, entèvyou ekspè yo e tou ou kapab konsilte espesyalis yo.

Devan nenpòt dout oubyen konsiltasyon sou kesyon sante, ou kapab rele nan nenpòt lè:

**SALUDRESPONDE**  
**600-360-7777**

