

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2023

El Empoderamiento de Personas Embarazadas y Posparto en Arica, Chile: Perspectivas Indígenas y Biomédicas

Abby Perce
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Indigenous Studies Commons](#), [International and Intercultural Communication Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), and the [Quantitative, Qualitative, Comparative, and Historical Methodologies Commons](#)

Recommended Citation

Perce, Abby, "El Empoderamiento de Personas Embarazadas y Posparto en Arica, Chile: Perspectivas Indígenas y Biomédicas" (2023). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3605.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3605

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

El Empoderamiento de Personas Embarazadas y Posparto en Arica, Chile: Perspectivas Indígenas y Biomédicas



Abby Perce

Consejera: Karina Sepúlveda

Director Académico: Daniel Poblete

Chile: Public Health, Traditional Medicine, and Community Empowerment, Spring 2023

Abstract

Childbirth, no matter the traditions or procedures used, is a transformative process for both the birther and the baby. While the processes of pregnancy, birth, and postpartum are individualized experiences, community support and thoughtful healthcare can make tremendous differences in the feelings of empowerment and satisfaction in patients' lives. This qualitative, exploratory study aims to understand the cultural contexts that influence the support available to pregnant and postpartum people in Arica, Chile, as well as investigate the ways in which this support leads to the empowerment of these individuals. Six open-ended, qualitative interviews were conducted with community members with extensive knowledge of the reproductive healthcare system in Arica, either through personal or career experience. These interviews were then transcribed and thematically coded to determine the key concepts that were noted in response to the research questions. Though the biomedical health system has made strides in recent years to provide valuable educational support to the community that benefits the health and empowerment of pregnant and postpartum patients, this study found that the Aymaran health system provides more comprehensive emotional and spiritual support to patients that ultimately contributes to greater feelings of agency and confidence. Despite the biomedical health system's recent efforts, the phenomenon of obstetric violence is widespread and detrimental to feelings of agency in patients. Consequently, many patients, particularly those with an indigenous background, prefer to rely on indigenous practices due to concerns for their comfort and safety. The results of this study emphasize the need for increased education on interculturality in hospital and clinic settings, as well as the importance of educating healthcare workers on cultural respect and the spiritual and emotional aspects of patient care. Results of this study additionally emphasized the role that machismo plays in the disempowerment of Chilean women, and the prevalence of gender inequity in patients' postpartum experiences.

Key words: Chile, indigenous healthcare, biomedical healthcare, interculturality, obstetric violence, pregnancy and postpartum

Resumen

El parto, sin importar las tradiciones o los procedimientos utilizados, es un proceso transformador tanto para quien da a luz como para el bebé. Si bien los procesos de embarazo, parto y posparto son experiencias individualizadas, el apoyo de la comunidad y la atención médica cuidadosa pueden marcar una gran diferencia en los sentimientos de empoderamiento y satisfacción en la vida de los pacientes. Este estudio exploratorio cualitativo tiene como objetivo comprender los contextos culturales que influyen en el apoyo disponible para las personas embarazadas y puérperas en Arica, Chile, así como investigar las formas en que este apoyo conduce al empoderamiento de estas personas. Se realizaron seis entrevistas cualitativas abiertas con miembros de la comunidad con un amplio conocimiento del sistema de salud reproductiva en Arica, ya sea a través de su experiencia personal o profesional. Estas entrevistas luego se transcribieron y codificaron temáticamente para determinar los conceptos clave que se anotaron en respuesta a las preguntas de investigación. Aunque el sistema de salud biomédica ha avanzado mucho en los últimos años para brindar un apoyo educativo valioso a la comunidad que beneficia la salud y el empoderamiento de las pacientes embarazadas y posparto, este estudio encontró que el sistema de salud aymara brinda un apoyo emocional y espiritual más completo a las pacientes que, en última instancia, contribuye a mayores sentimientos de agencia y confianza. A pesar de los esfuerzos recientes del sistema de salud biomédico, el fenómeno de la violencia obstétrica está muy extendido y es perjudicial para los sentimientos de agencia de los pacientes. En consecuencia, muchos pacientes, particularmente aquellos con antecedentes indígenas, prefieren confiar en las prácticas indígenas debido a la preocupación por su comodidad y seguridad. Los resultados de este estudio enfatizan la necesidad de una mayor educación sobre la interculturalidad en los hospitales y clínicas, así como la importancia de educar a los trabajadores de la salud en el respeto cultural y los aspectos espirituales y emocionales de la atención al paciente. Los resultados de este estudio también enfatizaron el papel que juega el machismo en el desempoderamiento de las mujeres chilenas y la prevalencia de la inequidad de género en las experiencias posparto de las pacientes.

Palabras clave: Chile, salud indígena, salud biomédica, interculturalidad, violencia obstétrica, embarazo y puerperio

Reconocimientos

Estoy tan agradecida por el ayuda y apoyo de todo el equipo de SIT. Muchas gracias a Norma Contreras por su apoyo con adaptarnos a la vida en Chile y a Carla Quioza también por su consejera al empezar este proyecto. Muchas gracias a Lorena Sanchez por sus abrazos y ayuda con cualquier cosa. Estoy muy agradecida a Daniel Poblete Tapia por su apoyo académico durante todo el programa y con su apoyo del entero de este proyecto. También, estoy muy agradecida a Karina Sepulveda por su consejo y actitud muy abierta y simpática. Además, no podría haber hecho sin el apoyo y amor de mi familias, ambas mi familia en los Estados Unidos y mi familia anfitriona en Arica. Estoy muy agradecida por todos las llamadas telefónicas y amor incondicional de mi familia en los Estados Unidos y todos las comidas ricas y todas las risas con mi familia en Arica. Finalmente, mi experiencia en Arica hubiera sido tan diferente sin las amistades con mis compañeras de este programa.

Indice

| | |
|----------------------------------------------|-----------|
| Introducción | 4 |
| Objetivos y problema de investigación | 5 |
| Justificación | 6 |
| Marco Teórico | 7 |
| Metodología | 10 |
| Resultados y análisis | 13 |
| Conclusiones | 27 |
| Fuentes | 29 |

Introducción

Existen dos sistemas distintos de salud en Arica, Chile; el sistema Aymara y el sistema biomédico. Hasta cierto punto, las personas embarazadas tienen la habilidad de elegir qué sistema de cuidado quieren usar para sus experiencias de parto y posparto. Sin embargo, hay prácticas en hospitales que previene la libertad total de pacientes durante sus experiencias de parto y posparto, (Dell'orto, 2022). Por eso, las personas en Arica, Chile no tienen agencia total para elegir su experiencia de parto. Ha habido avances en las esfuerzos a interculturalidad en el hospital en Arica, y ahora, hay protocolos para incluir las tradiciones de personas Aymaras en las experiencias de parto y posparto. Esta mezcla de libertad y restricción ha creado un medioambiente único para el empoderamiento de personas embarazadas y posparto.

Por eso, la meta de esta investigación era entender las maneras en que los dos sistemas están trabajando para empoderar mujeres ariqueñas entre educación, apoyo comunitario, y prácticas de salud respetuosa. El proyecto tenía dos focos de poblaciones de interés; madres de la comunidad y trabajadores de salud en ambos sistemas. Cada persona entrevistada compartió información crucial al avance del proyecto- las madres hablaron sobre sus experiencias con embarazo, parto, y el tiempo posparto y los trabajadores compartieron sus perspectivas de su propio sistema de salud y los apoyos que proporcionan a sus pacientes.

Los entrevistas revelaron que hay diferencias significativas entre los dos sistemas de salud y el apoyo que proveen a las pacientes. El sistema Aymara da más libertad a las pacientes que el sistema biomédico, un factor con un gran influencia en la agencia y empoderamiento de pacientes. Contrariamente, el sistema biomédico todavía falta aspectos de cuidado inclusivo a pacientes indígenas que resulta en instancias de violencia obstétrica. Los resultados de esta investigación implican la importancia de la educación intercultural en hospitales para trabajadores y madres sobre sus derechos y opciones de cuidado. Empoderamiento de mujeres ariqueñas es imposible sin la inclusión de tradiciones ancestrales en los sistemas occidentales para aumentar la agencia de pacientes y crear experiencias empoderadas de embarazo y parto.

Problema de investigación y objetivos

Problema de investigación: ¿En que maneras son mujeres indígenas y no indígenas empoderadas para tener agencia sobre su salud en los tiempos embarazadas y posparto?

Preguntas primaria:

- ¿Cuáles son las diferencias entre el empoderamiento cultural y medicinal de mujeres en los tiempos prenatal y posparto en las culturas Aymaras y occidentales?

Preguntas secundarias:

- ¿A dónde buscan las mujeres indígenas y no indígenas para apoyo cuando están embarazadas y en los tres meses después de su parto?
- ¿De qué manera el sistema médica brinda apoyo a las personas antes y después de sus partos?
- ¿Cómo influye la cultura machista en el empoderamiento de mujeres pre y posparto?

Objetivos generales:

- Definir empoderamiento y mujeres empoderadas en culturas diferentes.
- Explorar las medidas en la que el sistema biomédico apoya personas embarazadas y posparto para tener experiencias con agencia.
- Describir las perspectivas culturales que influyen los pensamientos espirituales de las personas Aymaras. Explorar la medida en la que las perspectivas diferentes tienen un impacto en la confianza y tratamiento social y medicinal de mujeres.

Objetivos específicos:

- Identificar los tratamientos y tradiciones en culturas indígenas y no indígenas que permitan a las mujeres tener agencia sobre su salud.
- Reconocer las fuentes de apoyo que llevan al empoderamiento de las mujeres.
- Entender el rol de la cultura machista en las perspectivas de mujeres embarazo y posparto.
- Explorar el rol de violencia obstétrica en el desempoderamiento de las mujeres ariqueñas.

Justificación

Los tiempos de embarazo y posparto son complicados y difíciles para madres nuevas. Las mujeres necesitan adaptarse a nuevas hormonas, connotaciones sociales, y procesos del cuerpo. Así que, las personas embarazadas y posparto necesitan apoyo medicinal y comunitario para ajustarse a los cambios. Formas de apoyo incluyen educación sobre los procesos de embarazo y parto, ayuda con las responsabilidades pospartos, y preparación en prácticas de autocuidado y salud reproductiva. Mientras hay algo de acceso a recursos como estos, todavía hay fuerzas desempoderadas que impactan pacientes ariqueñas. En 2022 Cárdenas Castro et al. dijeron que 79,3% de mujeres en Chile han experimentado una instancia de violencia obstétrica. Además, este estudio afirmó que los porcentajes de mujeres que han experimentado violencia obstétrica son aún más altos en comunidades indígenas. Por eso, es importante enfocarse en las razones sociales y culturales que causan esta tendencia a desempoderar pacientes, especialmente en comunidades indígenas.

La cultura Aymara tiene protocolos y traducciones para el procesos de preparto, parto, y postparto que son diferentes de los protocolos occidental que usan los hospitales. Así que, existen experiencias diferentes entre mujeres con partos y embarazos en el sistema indígena y el sistema occidental. Por ejemplo, la cultura Aymara dicta que las personas posparto no pueden bañarse y tienen que mantener una temperatura de cuerpo alta después de su parto. En contraste, los tiempos posparto en las costumbres no indígenas tienen características de partos occidentales- muy limpia y clínica (Martin et al., 2022). Los medioambientes diferentes entre partos Aymaras y partos biomédicos hace que las mujeres indígenas se sientan incómodas sin la acomodación de sus tradiciones culturales. De resultado, una falta de inclusión de prácticas indígenas en el sistema biomédico es una forma de desempoderamiento porque previene confianza a agencia en pacientes indígenas. Por eso, es importante aprender en qué medida está fenómeno de exclusión de prácticas indígenas en los tiempos embarazo y posparto impacta madres Aymaras y su empoderamiento.

La cultura Chilena tiene un aspecto de “machismo,” o masculinidad tóxica que emergió en el poscolonial Chile. En muchos casos, las mujeres esperan hacer mucho trabajo emocional y física en contexto de niños y trabajo de casa (Bustos, 2019). Debido a esto, las mujeres de casas a menudo tienen toda la responsabilidad para hacer el trabajo de limpiar y cuidado de niños- trabajo que tiene un efecto en su recuperación posparto y por eso, su empoderamiento. La

desvinculación de hombres de los procesos de embarazo, parto, y posparto por causa de perspectivas machistas resulta en mujeres desempoderadas y sobresaturadas con responsabilidades. Mientras se esfuerzan las feministas recién para incorporar hombres en los citas preparto y cuidado posparto, todavía exista una disparidad en la carga llevada de hombres y mujeres. Así que, es vital investigar la medida en que las perspectivas machistas impactan las comunidades indígenas y no indígenas en Arica para determinar fuentes de empoderamiento y desempoderamiento.

Marco teórico

Prácticas de embarazo, parto, y posparto biomédico

El sistema biomédico en Chile tiene dos componentes claves; el sistema público y el sistema privado. En 2008, aproximadamente 68% de la población en Chile utilizó el sistema público y 18% usó el sistema privado. La gente chilena tiene la habilidad de elegir su propio sistema de salud entre las dos opciones (Bastías, et al., 2008).

El sistema biomédico, incluido privado y público, usa ciencia y tecnología occidental para proporcionar cuidado a las pacientes. Por ejemplo, usa drogas químicas, cirugías invasivas, y máquinas de supervisión. Ejemplos de intervenciones común incluyen procedimientos como cesárea, episiotomía, rompiendo de aguas artificiales, y la administración de tratamientos como pitocina y medicamentos de dolor. Un gran porcentaje de partos en Chile son partos cesáreas, 45%, un hecho representativo de las tasas altas de intervenciones en Chile (Borrescio-Higa, 2019). Un estudio de 2019 encuentra que los hospitales chilenas actualizan tantas cesáreas para “optimizar sus recursos” y salvar tiempo en tiempos ocupados (de Elejalde, 2019). Este estudio también dijo que los hospitales en Chile son abrumados con pacientes y tiene una falta de trabajadores de salud. Además, el estudio de Borrescio-Higa et al. en 2019 se encontró que las mujeres que dan a luz en hospitales privados con insurgencia privada tienen una tasa más alta de tener cesáreas en lugar de partos vaginales. Un estudio de 2011 dijo que el hospital en Arica, Hospital Dr. Juan Noé Crevani, tiene una tasa de cesáreo de 27%, una tasa más alta que la tasa recomendada del WHO (Westbrook). Este hecho significa que el hospital en Arica, como la tendencia de Chile en total, utiliza intervenciones de salud con frecuencia.

Además, hay organizaciones gubernamentales que ofrecen apoyo para madres y familias nuevas. Estas organizaciones trabajan en conjunto con el sistema biomédico para apoyar a

pacientes. Por ejemplo, un programa llamado Chile Crece Contigo tiene servicios educativos, cursos para ayudar familias, y programas para apoyar a los recién nacidos (Chile Crece Contigo, 2023). Esta organización tiene talleres, artículos, y videos para educar sobre problemas de salud para recién nacidos y padres nuevos. De un recurso preparto y posparto, Chile Crece Contigo sirve como apoyo estructural para mujeres en Chile. Mientras un enfoque en las ciencias occidentales, el sistema biomédico en Arica ha tomado medidas para mejorar el cuidado intercultural. Por ejemplo, el Hospital Dr. Juan Noé Crevani en Arica usa una mezcla de prácticas indígenas y biomédicas para crear un medioambiente intercultural en su sala intercultural de parto (Arica, C.D., 2022). Recursos como esto están tratando a proporcionar cuidado intercultural que también tiene el conocimiento de la ciencia occidental que puede reducir la mortalidad maternal.

Apoyo organizacional para las mujeres en Chile

Organizaciones como Madre Nativa servicio de asistencia a mujeres indígenas y no indígenas en Arica, Chile (Madre Nativa, 2023). Esta organización tiene programas para educar mujeres sobre su anatomía, sus derechos, y sus opciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, tienen un podcast con capítulos sobre menstruación, sexualidad, parto, y más. También, tienen recursos sobre autogestión, salud mental, y salud en lugares rurales. Por eso, organizaciones como Madre Nativa son una parte crucial de la red de apoyo para mujeres embarazadas y posparto en Arica. Hay otras organizaciones que proporcionan educación sobre salud reproductiva a personas chilenas. Por ejemplo, la organización se llama CRIPAC en Arica tiene recursos disponibles para mejorar la salud reproductiva de ariqueñas a través de pruebas para infecciones de transmisión sexual (CRIPAC, 2023). Por lo tanto, hay organizaciones en lugar para apoyar mujeres pero tenemos que hacer más investigación sobre las interacciones con mujeres y estas organizaciones.

Cosmovisión de Salud Aymara

La cultura Aymara tiene una base en algunas ideas claves. Una idea importante en la cultura Aymara es la idea de dualidad, o complementariedad. Dualidad significa que todos los conceptos y objetos en el mundo tienen una equivalente. Esta idea se ejemplifica en el uso de hombres y mujeres en ceremonias tradicionales como *la pawa*. La ceremonia pawa requiere la

participación de un hombre y una mujer para mantener equilibrado e involucra hojas de coca y alcohol (Calle, et al.). Otra idea importante de la cultura Aymara es el concepto de reciprocidad: la idea de que todo que pones en la universidad será correspondido o emparejado. Por eso, los trabajadores de salud Aymara tienen una creencia que sus servicios serán reembolsados en el futuro, si no en dinero, entonces en alguna otra forma. Así que, los servicios de salud Aymara son menos como un negocio y más como una cooperación entre paciente y trabajador. La salud reproductiva en el sistema Aymara usa prácticas ancestrales para tratar a las pacientes. En lugar de las drogas químicas del sistema biomédico, el sistema Aymara usa hierbas y piedras, y en lugar de intervenciones cirugías, usa masaje y movimientos (Valdebenito, 2006).

Machismo en Chile

En la cultura chilena hay un aspecto de masculinidad tóxica incorporada que se llama “machismo.” Las ideas machistas están integradas con ideas patriarcales, o las ideas de masculinidad tóxica que dice que los hombres son superiores a las mujeres (Coronado, 2017). El machismo es predominante en casi todos los aspectos de la vida chilena, como la vida de trabajo, casa, medicina, y familia (Mamani Lopez, et al., 2020). Los resultados de esta perspectiva incluyen discriminación social, violencia de género, y violencia doméstica. Un impacto adicional y aplicable a este proyecto es la falta de libertad económica para mujeres por culpa del machismo (Mamani Lopez, et al., 2020). Sin autonomía económica en la sociedad chilena, las mujeres empobrecidas tienen que entrar a matrimonios y familias con presión para tener hijos, una tendencia que disminuye la agencia y empoderamiento de la mujer. Las ideas machistas también tienen un impacto directo en el sistema biomédico, pero está un poco fuera del alcance de esta investigación. Cuando la perspectiva de masculinidad tóxica se infiltra en la educación de trabajadores de salud futuros, ellos tienen menos respeto hacia las pacientes mujeres, y menos consideración por su bienestar mental y emocional (Mustafa, 2020) Por eso, hay evidencia que sugiere que las perspectivas machistas en la cultura en Chile tiene una conexión con el empoderamiento de las mujeres chilenas.

Violencia Obstétrica

Las instancias de violencia obstétrica tienen un efecto dañino en el empoderamiento de las mujeres embarazadas y posparto. Se define como acciones de trabajadores de salud que

disminuyen la agencia y autonomía de mujeres entre sobremedicalización, prácticas irrespetuosas, o algo (Cárdenas Castro, et al. 2022). Ejemplos de violencia obstétrica incluye la práctica de episiotomías sin justificación, posición de nacimiento obligatoria, la negativa a acoger a costumbres de culturas diferentes durante el embarazo, parto, o posparto. El estudio de Cárdenas Castro, et al. encuentra que 79,3% mujeres chilenas han experimentado instancias de violencia obstétrica en sus interacciones con el sistema biomédico (2022). El fenómeno de violencia obstétrica también incluye la idea de sobremedicalización, o hypermedicalización (Almonte Garica, 2016). Debido a eso, violencia obstétrica tiene un impacto profundo para pacientes indígenas porque la aumentación de prácticas biomédicas sin razón trabaja contra las tradiciones indígenas. Por eso, es evidente que violencia obstétrica es un problema tremendo en Chile que impacta a las pacientes que usan el sistema biomédico.

Metodología

Formas de referir: En este informe la investigadora va a referir a los sujetos de la investigación como “personas embarazadas,” en lugar de “mujeres embarazadas” para incluir personas transgenero y no-binarias en el ámbito de este trabajo. Sin embargo, la mayoría de la literatura y estudios publicadas usan terminología como “mujeres,” y por eso, esta estudió va a usar palabras similares en referencia a investigaciones pasadas.

Diseño de Estudio

Este estudio usó una forma exploratoria y cualitativa para investigar los roles de perspectivas culturales y medicinales en el empoderamiento de pacientes embarazadas y posparto en Arica, Chile. Durante un mes, la investigadora habló con seis personas en el área de Arica y Parinacota en forma de entrevistas semiestructuradas para avanzar el proyecto. Este estudio utilizó entrevistas con seis participantes para determinar los factores culturales que influyen en el empoderamiento de las mujeres en Arica. Los entrevistados fueron encontrados por la investigadora con la ayuda del director académico de SIT, Daniel Poblete Tapia, y la antropóloga y trabajadora de la ONG Madre Nativa, Karina Sepúlveda. Los resultados fueron determinados por codificación temática y la información del fondo del marco teórico. Las entrevistas tuvieron lugar por Zoom o en persona y duraron aproximadamente treinta minutos.

Las preguntas fueron semi-estructuradas con preguntas flexibles para acomodar las varias experiencias y conocimientos de cada entrevistado.

Lugares de investigación

Arica

Arica es una ciudad que tiene 229.000 personas cerca de las fronteras de Perú y Bolivia.

Valle de Azapa

El Valle de Azapa es un valle agrícola y rural cerca de la ciudad de Arica.

Población

La población consiste de la gente chilena de Arica y de los áreas rurales cerca de Arica.

Muestra

La muestra de este proyecto consiste de gente de Arica con relación a los procesos de parto y embarazo. Específicamente, utilizó el apoyo de trabajadores de salud de fondos indígenas y no indígenas. Además, usó el apoyo de madres que tuvieron un bebé en Arica en los últimos años. Las madres fueron elegidas por su disposición a hablar con la investigadora por la consejera Karina Sepúlveda porque tenía conexiones profesionales a través de su trabajo. Hubiera sido preferible hablar con madres de fondos o culturas diferentes pero no fue posible debido a la disponibilidad de las madres durante el mes de investigación. Una madre con la que habló la investigadora también es una trabajadora de salud- el aprendiz a la usuyiri. Los trabajadores de salud fueron elegidos por la base y fondo de su trabajo. La investigadora habló con dos matronas del sistema biomédica, con un aprendiz a una usuyiri del sistema Aymara, y con dos activistas y profesionales de salud con la ONG Madre Nativa para obtener una perspectiva fuera de los dos sistemas.

Los demográficos

| Variable | Descripción | Numero de participantes |
|----------|-------------|-------------------------|
|----------|-------------|-------------------------|

| | | |
|--------|----------------|-------|
| | | (n=6) |
| Género | Hombre | 0 |
| | Mujer | 6 |
| | No-binario | 0 |
| Edad | <50 | 6 |
| | >50 | 0 |
| Lugar | Arica | 5 |
| | Valle de Azapa | 1 |

Instrumentos de recolección de la información

Esta investigación utilizó entrevistas semi estructuradas de aproximadamente 12 preguntas abiertas. Las madres y trabajadores de salud fueron preguntadas preguntas con temas similares pero diferentes perspectivas. La investigadora les preguntó sobre los siguientes subtemas:

- Información del fondo sobre su carrera o vida personal
- Experiencias con su propio sistema de salud
- Opiniones sobre las maneras de tratamiento entre su propio sistema de salud

Técnica de recolección de la información

Las entrevistas fueron grabadas con el iPhone de la investigadora y después fueron transcritas con el software “Sonix.” Después, fueron verificadas a manual por la investigadora. Las citas claves fueron organizadas de tema y categorizadas para usar en este informe.

Aspectos éticos

Fue crucial mantener una actitud de respeto y gratitud a todos los participantes de este estudio. En una situación como esta, es imposible garantizar el ético perfecto, pero es muy importante esforzarse para lograr altos estándares. Los temas de este proyecto a veces son sensibles y estigmatizadas, y por eso, es vital usar precaución y cuidado con las conversaciones con participantes. La privacidad se mantuvo entre el uso de descripciones del rol de la

participante en la investigación en lugar de su nombre y la evitación de compartir datos personales.

Al principio de cada entrevista la investigadora explicó a la participante que todas las preguntas, y participación en total, es voluntaria y que siempre podían omitir una pregunta o detener la entrevista sin ninguna repercusión. Además, cada participante firmó una forma de consentimiento (Anexo A) a principio de la entrevista para confirmar que entendieron el uso de sus respuestas y las precauciones de privacidad.

Rol de investigadora

La investigadora de este proyecto es un estudiante intercambio de los Estados Unidos. Así que, ella es una extraña y no puede entender todos los contextos sociales de la cultura en Arica. Como una mujer blanca, ella tiene un privilegio que es importante reconocer. También, ella es de los Estados Unidos, un país con una historia de colonización y trauma en Sudamérica. Por eso, es lógico que algunos de los participantes tengan una percepción negativa de estudios sociales con una investigadora estadounidense. La investigadora también se identifica como una mujer y ha trabajado como una persona de apoyo al parto holístico en los Estados Unidos. Por eso, ella tiene una perspectiva abierta de comprensión y compasión por las entrevistadas de este proyecto.

Esta investigación fue revisada para mantener una coda ética por el School for International Training (SIT) y su International Review Board (IRB) proceso de revisión.

Resultados

Diseños de análisis

Las transcripciones de las entrevistas fueron leídas varias veces por la investigadora para obtener una comprensión profunda de los temas presentes. Temas claves fueron identificados y resaltados para referencia posterior (Nowell, et al., 2017). Los temas destacados resaltados son como sigue: formas y impactos de cuidado entre el sistema biomédico, formas de apoyo y construcciones sociales fuera de los sistemas biomédico y Aymara, los impactos de las prácticas y perspectivas de salud reproductiva Aymara, la perspectiva machismo, y violencia obstétrica en los sistemas de salud reproductiva.

Formas y impactos de cuidado entre el sistema biomédico

Algunos CESFAMs en Arica, como el CESFAM Eugenio Petruccelli, están esforzándose por mejorar el acceso a partos interculturales.

Matrona del CESFAM: Entonces se hizo ese material con pertinencia a la interculturalidad. Ya acá nosotras también, por ejemplo, las educamos con algunas, por ejemplo las aymaras acá solicitan la entrega de la placenta ya en el parto, entonces nosotras la gestión la hacemos desde allí hacia el hospital para que ellas puedan solicitar y también le hacemos un acompañamiento junto con una partera, ya la usuyiri, la señora [redactada por privacidad], que ya viene acá. Los controles prenatales las acompaña junto con nosotros, que es la parte más clínica y la parte más de la cosmovisión y su parto. En el hospital pueden optar a la sala de parto aymara le llaman, pero en realidad es una sala de parto natural, porque eso lo puede optar cualquier mujer donde se respetan ciertas tradiciones, ya no consumo de comidas, caldos ya aplicación de calor, de hierbas medicinales, eso existe en el hospital, pero con una preparación previa a en nuestros spa para el hospital.

Al otro lado, algunas trabajadoras de salud afirmó que hay problemas con sobremedicalización en el sistema de salud en Chile que resultan de cuando trabajadores tienen un sobrecargo de pacientes y responsabilidades.

Matrona de la posta rural de Azapa: Pero claro, hay una sobre medicación en trabajo de parto, siento que que, que es como para apurar los tiempos, para tener, porque igual muchas veces uno no tiene solamente una paciente, no puede tener diez paciente lleno y están todas, entonces ahí uno pierde un poquito el tema del acompañamiento y está más como vigilando, un poco más, más esquemático, menos sensible cuando pasan, cuando son muchos, no.... Si uno se da todo el tiempo para ella, la acompaña, le puede hacer masaje, lo orienta, pero eso pasa en los hospitales, que son muchos pacientes para pocas matronas. Entonces uno se mecaniza.

Hay un sentimiento entre los madres y trabajadores que el sistema médico apresura a las madres para tener partos rápidos, y no para tener partos de acuerdo con los impulsos naturales del cuerpo. Es probable que el sobremedicalización del sistema biomédico de Chile tiene un rol en esta fenómeno. Por ejemplo, el aprendiz a la usuyiri dijo que el sistema biomédico usa muchos cesáreas para acelerar el proceso de parto.

Cesárea, en cambio la partera sí. O está modélico así y llegan y le hacen la cesárea de inmediato. Pero hay técnicas como el gateo de la mamá o el manteo paraguayo que la partera la acomoda con el aguayo. Sí se puede acomodar el bebé y de ahí la partera le va fajando las costillas y va bajando para que el bebé no se suba y se puede tener un parto natural, pero acá prefieren hacer la cesárea.

El aprendiz a la usuyiri también dijo sobre el práctico de episiotomías:

La verdad que es como acortar el camino, pero a la final daña más a la embarazada, porque si bien le pone nada se el tiempo de cicatrización e incómodo porque ya de partida algunas mamás en tanta cosa que les genera prolapso

Dos otros trabajadores de salud tenían opiniones diferentes sobre las razones por las que las episiotomías a menudo son necesarias.

La matrona del CESFAM en Arica: Sí, solo cuando necesario. O sea, si tenemos un parto. Una cabeza muy grande, ya que llevamos muchas horas pujando en situaciones especiales, se debiera realizar la episiotomía. Y así está descrito en las normativas del hospital. Y

La kinesióloga de Madre Nativa: ... Y por supuesto eso tiene todas las consecuencias que provoca la aumento de presión abdominal, el bloqueo en el sacro que impide la apertura y no muchas veces necesitan la episiotomía porque hay un bloqueo de balanza, así que es como una cascada de intervenciones que finalmente a usa de la posibilidad de esto fisiológico natural que no termina siendo.

Las madres Aymaras pueden sentir las faltas del sistema biomédico para proporcionar cuidado intercultural e inclusivo.

Madre Aymara: [En respuesta a la pregunta “Usted sintió la libertad para elegir su experiencia de parto?”] *Con la partera, si, y con la matrona no. Hay una ley que no me deja tener a mi bebe en mi casa. Tengo que irme sí o sí al hospital. Y eso limita porque el hospital a veces no tiene todos los recursos que necesita. Por lo menos para el parto aymara. O sea, están otros recursos para el parto. Por ejemplo, están las anestesias y todo, pero no están todos los recursos para el parto. [Inaudible], las sillas para tener otras posiciones. Hace que se distinga el parto en el hospital. Yo me planteé que tantas generaciones las mujeres han podido tener a sus hijos sin tanta intervención quirúrgica, médicas. Si es algo natural. ¿Por qué no puedo? Hacerlo natural. Si. Y me propuse eso porque. Yo siento más confianza en mi cultura.*

Formas de apoyo y construcciones sociales fuera de los sistemas biomédico y Aymara

Existen sistemas gubernamentales en el campo biomédico para apoyar madres recientes de Chile como una llamada “Chile Crece Contigo”.

La matrona de la posta rural de Azapa: *También está el programa de protección hacia la infancia que ingresan todas las mamitas en el primer control de embarazo, que es el programa Chile Crece Contigo y este programa les entrega mucho beneficio a ambos en el proceso de embarazo y después ya cuando nace el bebé en el periodo de la infancia igual y materiales. Por ejemplo en estimulación está el programa de apoyo al recién nacido, que se da a todas las mujeres que tienen partos en el hospital, que entre eso está una cuna, por ejemplo, implementos y elementos para para la cuna, elementos de estimulación, cojines de lactancia, un paquete bien completo.*

También, hay talleres en Arica presentado de trabajadores biomédicos para educar a personas embarazadas. La matrona del CESFAM Eugenio Petruccelli dijo que la educación de pacientes empieza con citas con trabajadores de salud, pero continúa con talleres comunitarios:

Hay que empezar primero por los controles prenatales. El empoderamiento tiene que empezar desde ahí, generalmente a través de la educación. Nosotras acá desde un inicio, comenzamos a la mujer educandola sobre el parto. Normal que pierdan el temor, que también se empoderen, porque lamentablemente si acá en Chile ocurre que hay un estamento de médicos ginecólogos que de repente necesarias, se producen de forma innecesaria y eso también ocurre en otros países. Acá también se les realizan talleres de preparación para el parto. Ya a nosotras todas las semanas hay una colega que realiza talleres de educación durante todas las prestaciones, durante el parto, nutrición, preparación para el parto, la lactancia.

Hay recursos para personas embarazadas y posparto en Arica fuera de los sistemas biomédicos e indígenas. ONGs como Madre Nativa son creadas para llenar un vacío que perciben que existe en los sistemas originales. La psicóloga de Madre Nativa explica lo siguiente sobre los talleres que ofrecen a las mujeres de la comunidad ariqueña:

¿Con ese, con ese capital se ha podido generar talleres, que es como lo que nos caracteriza, talleres en autogestión, en salud y por qué autogestión? Porque nos hemos dado cuenta reflexionando de que el sistema de salud pública, por ejemplo, aún es ineficiente. Aún falta mucho para que estemos o podamos acceder a ese servicio como lo necesitamos. Entonces, cómo este sistema aún no está listo, no está preparado. Nuestra postura es que la salud se gestione, no se manipule, se desarrolle por nosotras mismas. No, hasta que este sistema me pueda dar lo que yo necesito, lo que yo merezco, no mi derecho.

Las representaciones de maternidad muchas veces son idealizadas en una manera que no sirve madres nuevas.

Psicóloga de Madre Nativa: *Pero este sistema te pinta el panorama de que la maternidad es todo genial, de que tú tienes que darlo todo, de que de ti depende tu hijo bla bla bla. Entonces cuando te das cuenta de que no es así, chocas con la realidad. ¿No se crea*

como una dicotomía entre lo que yo pienso y yo siento, yo creo y lo que me dice la sociedad, no? ¿Entonces eso, ahí tenemos a estas mujeres maravillosas que nos brindan ya a través de su experiencia más real, un apoyo, no? ... [Ellas encuentran] apoyo generalmente yo creo de otras mujeres, no parte de otras mujeres que tú escuchaste que tuviste las redes sociales virtuales. Igual ahora ayudan muchísimo a que uno entra en conciencia de que eso te va a pasar, de que quizás te sientas triste, de que te puedes sentir abrumada o frustrada, o confundida o enojada también, no con todo lo que vas a ir pasando, porque bueno, más que estar, parir, criar no es un proceso sencillo.

Un resultado de acceso a apoyo es el empoderamiento profundo de las mujeres en Arica. Un ejemplo se encuentra en una madre Aymara que se sintió empoderada en el tiempo posparto después de su segundo parto.

Me empecé a empoderar desde no [inaudible] cómo vivir mi embarazo y después con la maternidad y no dejar que me dijera. Cómo criar. Porque yo ya sentí como mis ideas claras de la maternidad que quería llevar. [...] Por ejemplo, yo con mi hija de seis meses. Yo hice un curso de maquinaria pesada. Ella iba conmigo los seis meses a todas las clases y nos titulamos juntas. Pero fue un tema de empoderamiento y de sentir que el nombre de mi hija no me estaba deteniendo. Aún sigo siendo mujer y aún puedo hacer las cosas.

Los impactos de las prácticas y perspectivas de salud reproductiva Aymara

Los partos Aymaras son menos invasivos que los partos médicos; con menos instancias de controles cervicales y tacto intravaginal. El aprendiz de la usuyiri dijo:

Y de hecho la misma partera con masajes y con. ¿Eh? Con técnicas de de masajes que le va a moldear, le va acomodando el útero. Entonces sí, es como diferente, pero no es invasivo. Sí también un parto normal, invasivo porque te te hacen tacto la. La partera no te hace tacto a menos de que la mamá quiera o quiera saber cuánto le falta su bebé. Pero ahí va más complementariedad.

Además, los partos Aymaras utilizan otras posiciones de parto que el sistema biomédico. En la cultura Aymara, las personas embarazadas dan a luz en una posición vertical.

Aprendiz de la usuyiri: El parto Aymara es vertical. Por el. Y ayuda mucho al tema de que el bebé salga más rápido. Pero horizontal no. Es para, para la comunidad del médico. Y de hecho, el el parto del bebé de los bebés horizontal por lo general dando la espalda a la partera, cosa de que el bebé a la primera, a la primera cara que ve el bebé es a la partera.

Las personas Aymaras en el tiempo posparto encuentran apoyo espiritual en el concepto de la placenta. La placenta se considera una cosa sagrada y saludable para madres nuevas y bebés jóvenes. De esta manera, la placenta tiene un función físico, mental, y espiritual.

El aprendiz a la usuyiri: Por lo mismo, para nosotros era importante el tema de la placenta. De hecho del 2018, que recién acá en Chile se empezó a dar la placenta y es y el uso que nosotros le damos a la placenta primero se deshidrata y de ahí se va guardando. Si tiene el bebé nace muy llorón o muy débil, o la mujer se debilita mucho o la mujer está con depresión, se usa la placenta y como igual. Antiguamente igual podían leer la placenta de cómo iba a ser el camino del bebé y eso sí, se fue perdiendo y se está buscando rescatar la lectura de la placenta. Y eso es maravilloso.

Otro ejemplo de apoyo espiritual y comunitario en la cultura Aymara se encuentra en los cuidados posparto de las mujeres. Prácticas como el cuidado del infante en un cuarto oscuro y la usa de una red de apoyo para proporcionar comida para la mamá ejemplifican esta idea.

El aprendiz a la usuyiri: Entonces ahí se pega lo holístico y lo físico y se va preocupando igual de de que el parto se lleve a cabo y después del parto es la matrona, o sea, es la partera la que digamos, te sigue atendiendo junto con la pareja o la red de apoyo de la de la embarazada y te va apoyando con el gestante, cosa de que la embarazada después del parto puede debería descansar y cosa que no se hace en el

hospital porque te meten al tiro la guagua y tener que darle lactancia e igual tienes que esperar la hora de colación. En cambio se supone que en un parto natural uno apenas tiene al bebé, le dan una sopa que es por lo general de la base de quinoa, que es para que la embarazada pueda soltar más la leche materna, entonces el bebé y aparte que igual se le tiene en un lugar oscuro, porque como el bebé estuvo los nueve meses gestando en un lugar oscuro, se les mantiene a la embarazada y al bebé en un lugar oscuro y es donde en este caso entra el rol del padre o de la red de apoyo de la madre a atender a, digamos, a darle la alimentación, cambiar el bebé, mientras que la mamá se va recuperando, pero no se ve en el hospital.

Las madres ariqueñas de la comunidad Aymara pueden sentir la diferencia en los cuidados ofrecidos por los trabajadores Aymaras.

Madre Aymara: Me agrada el volver a las raíces. Siento yo estoy muy orgulloso de mi cultura y siento que tenemos mucho conocimiento que en su momento. No se reconoció. Pero somos nosotros mismos los que podemos reconocer nuestros. Por ese punto es que yo siempre recurro a la medicina aymara. O a lo que son los procedimientos Aymara. Creo que las parteras tienen conocimiento y a parte eso tienen más humanidad.

La misma madre tuvo una experiencia que afirmó su confianza en el sistema Aymara.

Por ejemplo, cuando yo estaba en el labor de parto la matrona le hicieron tactos y me dijeron en ocho horas. ¿Os acordáis? Y la partera no me hizo tacto vaginal. Solamente tacto por la embarazo, por la guatita, y me dijo en tres horas [...]. Tuve la guagua en tres horas. Eso para la medicina occidental y con las matronas era peligroso porque cuando en un momento ellas, como ellas pensaban que me faltaba ocho horas, me dejaron sola y la matrona era la que estaba, la que se devolvió a ayudarme porque ella sabía que en tres horas más iba a tener mi bebé. De hecho, cuando ella llegó, mi bebé estaba saliendo. Pero estaba sola, sin atención de matronas ni doctores. Finalmente la que reciba a mi bebé era la partera. Pero el conocimiento que ella tenía, ella estaba segura de que en ese tiempo iba a salir.

El aprendiz a la usiyiri tuvo una experiencia similar cuando ella dio a luz:

Después de que tuve mi bebé de parto Aymara, a la media hora yo ya me podía levantar. Así terminé sin desgarro, sin punto, sin dolor de cabeza y pude atender bien a mi bebé.

Las modalidades de apoyo en la cultura Aymara tienen una base en la estructura familiar. Por eso, las mujeres con familias de apoyo pueden confiar en su red de apoyo. Por otro lado, personas sin familias presentes o cercas, no existen redes de apoyo extensivos.

Madre Aymara: La verdad es que yo no tengo muchas redes de apoyo, pero en la comunidad aymara como yo lo he visto con mi prima, el apoyo que se le da a una mujer de tres meses. La madre de la persona que se queda tres meses con ella, cuidando de la madre para que la madre pueda criar y cuidar del hijo. Porque no, es la verdad. Es muy difícil cuidar. De ambos, cuidarnos a nosotras mismas y cuidarnos a través. Y en nuestra cultura siempre está presente la madre para cuidar de la hija, para que la hija pueda luego. Siempre es así en comunidad. Pero en mi caso fue distinto.

Notablemente, hay percepciones diferentes sobre pacientes indígenas entre trabajadores de salud. En respuesta a la pregunta “usted puede ver diferencias entre pacientes indígenas y no indígenas”, la matrona del CESFAM en Arica dijo:

No hay diferencias. No, no. Aquí la verdad es que estamos acostumbrados a atender pacientes que se identifiquen con algún pueblo originario. ¿No muchos, siempre, porque como te digo, acá tenemos una alta población aymara, no? Yo no he notado diferencia en su atención y ni tampoco yo que evalué el trabajo de mis colegas, nunca he tenido reclamos por eso. No, no.

En contraste, la psicóloga de Madre Nativa dijo:

Sí, por supuesto, sí, hay una gran, gran diferencia. Partiendo desde lo que los hace particulares, o sea, desde el idioma, por ejemplo. ¿Y cómo puedo yo conocer mis

derechos si es que no los conozco? [...] También el poder acceder a los servicios, si es que tú vives lejos, por ejemplo, si vives en el Valle o en la parte más rural de la región, poder acceder a un servicio en la ciudad, que es donde principalmente están. Es como que la principal barrera no en el cual yo pueda compartir otra información puede ser el idioma, puedes ser el mismo poder acceder a tener este tipo de objetos de pronto hasta en internet.

La perspectiva machismo

Parece como un gran factor en el desempoderamiento de personas embarazadas y posparto en Arica es el predominio de machismo en la cultura chilena. Para algunas feministas en Arica, la falta de participación de hombres en los procesos de parto significa el comienzo de un ciclo de violencia de género.

La kinesióloga de la ONG Madre Nativa: Entonces sí, es muy claro para mí la violencia de género, por ejemplo, el hecho de que las mujeres tengan que entrar solas y que el hombre no sea incluido dentro del proceso de parto y del cuidado de ese bebé. Nos pone a nosotras como únicas cuidadoras. Y este machismo de ustedes son las responsables de alimentar, de cuidar, de cambiar el pañal y no esté el compañero hombre presente. Porque bueno, no, no sé, no es incluido ahí. Para mí es el primer acto de violencia machista y patriarcal sobre nosotras y sobre las maternidades, al hacerles ver que son las únicas responsables del cuidado de este ser, cuando eso es insostenible.

Otra consecuencia de la prevalencia de machismo en la cultura chilena es la saturación de mujeres con responsabilidades de cuidado. Por eso, muchas mujeres no tienen el tiempo para encontrar apoyo médico ni comunitario. Como explica la psicóloga de Madre Nativa, mujeres en Arica falta el tiempo para autocuidado en la forma de educación:

O sea, muchas mujeres, si es que hacemos un taller, por ejemplo, intentamos hacerlo como más tarde, como a las seis, así que si es que salen de su trabajo, jornada laboral, pueden asistir, pero muchas cancelan o no van porque por la edad, o sea por el

tiempo, quiero decir la disponibilidad, porque tienen al cuidado a más personas, o sea, no solamente sus hijos, sino al esposo o a sobrinos o abuelos o a sus padres mismos, entonces ellas están saturadas, no hablamos de la de la triple jornada laboral, o sea, ellas trabajan, tienen que cuidar a ellas mismas y tienen que cuidar a otros.

Como resultado del machismo, los hombres de la cultura chilena muchas veces tienen control de las vidas de las mujeres en la forma de abuso que impacta la salud reproductiva de las mujeres.

La matrona de la posta rural de Azapa: Desde que no vengán a los controles o no se hagan los exámenes, o posterior a eso o previo a eso, incluso que estén embarazadas por un abuso o porque la persona con la que están no las autoriza usar métodos anticonceptivos. Etcétera. Un montón de cosas, sí.

Pero al mismo tiempo, los esfuerzos para incluir hombres en los procesos de parto están ayudando a minimizar el impacto del machismo en las vidas de personas embarazadas y posparto.

Kinesiología de Madre Nativa: Y realizó un taller de preparación al parto en pareja donde enseñó al compañero o a quien vaya a estar con ella durante el proceso para que sea un acompañante efectivo que pueda hacer técnicas de manejo del dolor, no farmacológicas, para que conozcan las vocalizaciones, el pujo, las posturas que pueden utilizar durante el trabajo de parto para abrir la pelvis en distintos momentos. Y el momento del parto.

Matrona del CESFAM: Ahora también creo que ha ayudado, que nosotras hemos incorporado y hemos invitado a la pareja, tanto a los controles prenatales, a las ecografías, a los talleres y después para que continúen con el niño. Eso ha cambiado y la que está permitido, que entren al parto ya. Lamentablemente en Pandemia eso se tuvo que disminuir, pero ahora se retomó. Ya, pero creo que aún falta ya.

La cultura Aymara tiene una perspectiva diferente a los roles de hombres y mujeres. Desde esa perspectiva, algunas personas Aymaras no ven la influencia del machismo hasta que interactúan con el mundo fuera de su cultura.

Madre Aymara: Algo como la diferencia en nuestra cultura es como se llama, Chacha-Warmi, que es mujer y hombre y es una dualidad. ¿Entonces en nuestra cultura no hay como una superioridad. Es tal que trabajamos como pareja. De algo, el otro hace otra cosa para hacer una tarea con la dualidad. Entonces mi infancia. No la vi. No vi tanto machismo. Cuando vi eso, volví a la ciudad. Fui, como entre comillas, por decirlo así, víctimas aquí.

El violencia obstétrica toma varias formas en los procesos de embarazo, parto, y posparto. Una forma es el uso de fuerza y tacto sin razón suficiente, como se describe el aprendiz al usuyiri cuando habló sobre su experiencia con su parto:

... Si, porque pasó dos meses y ahí recién empezó el parto de mi hermana, estuve con contracciones, llegué al servicio de Salud Coronado ya a punto de tener a mi bebé, pero en lo que si necesita descansar un poco y la enfermera me dijo que no, que tenía que tener la guagua rápida y se me sube acá con su codo y me aprieta de una forma de que prácticamente con los pies estirados y. Y fue. Fue brutal.

Otra forma de violencia obstétrica es la exclusión de tradiciones indígenas y una falta de respeto de culturas no biomédicas. Por ejemplo, el aprendiz al usuyiri expresó su experiencia con su propia parto como sigue:

Fui con mi mamá que es la partera, entró al hospital y le digo que vengo por un parto aymara y me dicen que no hay parto aymara y yo le digo sí, hay parto aymara y me dice no, es que están suspendió porque no están las parteras. Y yo le digo vengo con mi partera, que mi mamá y me dice no, es que ya no se puede hacer. Y ni siquiera me habían tomado los signos vitales como para decir que no se puede hacer.

Esta idea también se ejemplifica en la exclusión de aprendizas de hospitales y resulta en la borradura de los trabajadores indígenas en roles ancestrales. En su propia manera, esta práctica es una forma de violencia obstétrica.

El aprendiz de la usuyiri: Es difícil traspasar el conocimiento y otro es difícil que en donde uno pueda ir haciendo como la práctica, porque cuando estudian en la universidad les consiguen las prácticas en los servicios de salud o en dependiendo la rama, pero acá no hay, salvo que sea particular, pero el particular no te reconoce, si hizo la practica conmigo no hay esa.

En una manera similar, las leyes de Chile no apoyan partos de casa, un hecho que significa el bloqueo de tradiciones Aymaras.

Debe haber una legislación que hay mujeres matronas que se especializan en partos en casa, toman un diplomado y se especializan en ello. Pero es que en Arica no hay ninguna matrona que tenga esa especialidad. Por lo tanto, lo más que podemos hacer en casa es llegar a la fase activa unos seis centímetros de dilatación y con ello nos vamos a la clínica o al hospital.

Análisis de resultados

Los resultados que el proyecto determinó respondieron a objetivos diferentes a los objetivos diferentes a los objetivos esbozados al principio del proyecto. Por eso, los objetivos nuevas de éste proyecto son las siguientes:

Objetivo general:

- Determinar las fuentes de apoyo que contribuyen al empoderamiento de personas durante sus embarazos, partos, y tiempos posparto.

Objetivos específicos:

- Entender el rol de la cultura machista en las perspectivas de mujeres embarazo y posparto.
- Explorar las actitudes y procedimientos biomédicos que contribuyen al empoderamiento y desempoderamiento de las mujeres ariqueñas.

- Investigar las perspectivas e ideas de cosmovisión Aymara que influyen en el empoderamiento y libertad de las mujeres Aymaras.

El sistema biomédico

Las madres entrevistadas describieron sus experiencias traumáticas con dar a luz en el sistema biomédico. Este tipo de trauma es generacional, y va a continuar a influir las perspectivas del sistema biomédico de generaciones futuras. Por eso, intervenciones biomédicas como episiotomías y cesáreas, mientras sus beneficios de salud, tienen la habilidad de empeorar la salud emocional y espiritual de pacientes. En contraste, las dos matronas describieron los casos en que los episiotomías e intervenciones similares debieran ser necesarias en algunos casos. Los dos matronas estaban de acuerdo con la idea de sobremedicalización impacta la medida en que pueden cuidar a las pacientes en una manera ideal. La literatura está de acuerdo con las matronas que el hypermedicalización es causado por en parte, una falta de recursos en clínicas y hospitales (Almonte Garcia, 2016). Por la mayoría, la literatura está de acuerdo con el matiz de esta investigación. Es claro en la literatura que la ciencia occidental ha ayudado a comunidades en todo el mundo con problemas de salud. Sin embargo, es también claro que los métodos de cuidado biomédico tiene la habilidad, y en algunas comunidades, la tendencia, a dañar a personas vulnerables, una fenómeno que resulta en desempoderamiento de pacientes (Cárdenas Castro, 2022). Los resultados de esta investigación sugieren que hay sutil matices en la evaluación de los impactos del sistema biomédico en el empoderamiento de personas embarazadas y posparto. El problema de sobremedicalización influye a un gran medido los instancias de intervenciones en los partos occidentales y significa una problema con el sistema entero, no una problema con trabajadores individuos.

El sistema Aymara

Todas las entrevistadas estuvieron de acuerdo que las prácticas médicos indígenas son importantes para la cultura Aymara y para los pacientes Aymara. En su entrevista la madre Aymara dijo que ella se siente mucho más cómoda y segura con su partera Aymara que con la matrona biomédica. Sin embargo, había opiniones diferentes entre trabajadores de salud del sistema Aymara y trabajadores del sistema biomédico. Las matronas de la posta rural y del CESFAM enfatizaron la inclusión de algunas aspectos de la cultura Aymara en prácticas que ya

existen en hospitales. Por otro lado, los trabajadores de la ONG y del sistema Aymara enfatizaron la importancia de cambios grandes en el sistema biomédico para incluir los deseos de personas Aymaras. Esta diferencia puede significar las prioridades de los trabajadores. Las matronas tienen muchos más pacientes y deben pensar sobre la eficiencia de todo el sistema de salud, y por resultado, primaria sobre la salud física de las pacientes, y los trabajadores Aymaras pueden pensar sobre la salud holística de sus pacientes, incluyendo salud emocional y espiritual, y por eso, el empoderamiento de pacientes indígenas. La evidencia de este proyecto es similar a la literatura en el tema de la salud Aymara (Valdebenito, 2006). Estudios pasados sugieren que la incorporación de prácticas indígenas ayuda a mejorar la salud emocional y espiritual de personas indígenas, y por extensión, mejorar su salud física.

Violencia obstétrica

Este estudio presenta resultados semi-unificados sobre la prevalencia de violencia obstétrica. Las dos madres entrevistadas dijeron que han experimentado violencia obstétrica durante sus experiencias de parto en el sistema biomédico. Además, los activistas de la ONG Madre Nativa afirmaron que hoy día violencia obstétrica es un gran problema y barrera al empoderamiento de las ariqueñas. Las dos matronas del sistema biomédico presentaron un narrativo un poco diferente. Las dos reconocieron que violencia obstétrica era y todavía es frecuente en algunas comunidades, pero la matrona de la posta rural de Azapa dijo que no es una problema en la valle de Azapa, y la matrona del CESFAM en Arica afirmó que progreso recién ha resultado en instancias y tasas bajas de violencia obstétrica. Hay matiz en la literatura pasada acerca de este tema, pero la mayoría de estudios leídos por la investigadora están de acuerdo con las personas que dijeron que violencia obstétrica es un fenómeno actual y un problema todavía. Un estudio, de Cárdenas Castro, et al. en 2022 dijo que “la violencia obstétrica es parte del continuo de violencia hacia las mujeres”. Por estigmatización de violencia obstétrica y temas de salud reproductiva, especialmente en comunidades rurales, es difícil determinar estadísticas de tasas de violencia obstétrica. Sin embargo, es claro de esta investigación que violencia obstétrica es una barrera profunda al empoderamiento de las mujeres chilenas.

Machismo

Todas las entrevistadas estaban de acuerdo que el machismo ha tenido un gran impacto en su vida y/o trabajo. Unas de las trabajadoras de salud afirmó que las ideas Aymara de dualidad influyen las construcciones sociales en maneras positivas porque los hombres y mujeres comparten el trabajo posparto. Por el otro lado, varias fuentes como Coronado dijo que la cultura indígena también ha tenido un influencia en la creación de la cultura machista en culturas hispánicas (2017). Por eso, es difícil determinar las fuentes e impactos directos de la cultura machista en un gran contexto y requiere más investigación con preguntas específicamente a el tema machismo. Sin embargo, los resultados de esta investigación son claros que la cultura machista tiene un gran impacto en la confianza y la agencia social de las mujeres chilenas en el contexto de salud reproductiva.

Conclusión

El empoderamiento de personas embarazadas y posparto tiene distintas definiciones en comunidades diferentes, pero está delineado por ideas claves. Para ser empoderado, una persona tiene que tener agencia de su cuerpo y control para elegir entre opciones de cuidado de salud. Además, una persona no puede ser empoderado sin educación sobre su propio cuerpo y los procesos de salud reproductiva. Personas embarazadas y posparto en Arica encuentran apoyo de diferentes fuentes. Por una parte, encuentran apoyo con otras personas en la misma situación. Además, ellas pueden encontrar ayuda y educación en talleres y clases. Estos tipos de apoyo son abiertos y disponibles por mujeres indígenas y no indígenas y son patrocinados por organizaciones indígenas y no indígenas. Sin embargo, todavía hay barreras sociales a acceso a estos recursos de empoderamiento como una falta de tiempo.

El sistema biomédico proporciona apoyo médico a las pacientes, pero en algunos casos, falta a proporcionar apoyo mental, espiritual, y emocional. En muchas veces las intervenciones de parto son necesarias e importantes para la salud de una mamá y bebe. Pero, en otros casos, las intervenciones son usadas en una manera en contra del empoderamiento de pacientes para tratar de acelerar los procesos de parto. El sistema biomédico ha mejorado en términos de respuesta de tradiciones indígenas pero hay más trabajo necesario para incluir las costumbres de pacientes indígenas en tratamientos y procedimientos médicos.

El sistema Aymara adopta un enfoque holístico para tratar pacientes embarazadas y posparto. Las tradiciones Aymaras de embarazo, parto, y posparto están inspirados de las ideas espirituales de la cosmovisión Aymara. Las ideas precoloniales de la cultura Aymara tuvieron el resultado de empoderar a las mujeres indígenas porque las ideas de dualidad dicta que los hombres tienen la responsabilidad de cuidar a una madre nueva y su bebé. La cultura moderna de Chile, que incluye los conceptos machistas, trabaja en contra de las ideas ancestrales Aymara. El concepto de machismo tiene gran parte en las estructuras sociales que han contribuido a el desempoderamiento de personas embarazadas y posparto. Las ideas machistas trabajan en contra de los esfuerzos para empoderar a las mujeres ariqueñas y contribuyen al fenómeno de violencia obstétrica. Violencia obstétrica sigue siendo un problema, especialmente en el sistema biomédico. Este fenómeno tiene la forma no solamente de violencia física y emocional, sino también tiene una forma cultural; la borradora de culturas indígenas.

Recomendaciones para investigaciones futuras

Los resultados de esta investigación destacan la necesidad de más investigación en este tema en Arica, Chile, pero también en Chile entero. En particular, todavía falta información sobre las maneras en que las mujeres Aymaras son impactadas por la intersección de perspectivas Aymaras y occidentales con respecto a las ideas machistas. Además, tiene que haber más investigación sobre las fuentes de violencia obstétrica, especialmente en lugares rurales y con poblaciones indígenas. Finalmente, sería interesante continuar esta investigación en el transcurso de más tiempo y con más entrevistas para confirmar algunos de los conflictos ideas.

Limitaciones

Una limitación mayor de este proyecto es el pequeño tamaño de la muestra (n=6). Por eso, es difícil confirmar las opiniones de las entrevistadas. Además, no había mucha diversidad entre la muestra; todos los entrevistados se identifican como mujeres, y todos eran jóvenes (edad <50 años). También, no había tanta diversidad en las fuentes de trabajadores de salud biomédicos; solamente fueron buscados en dos clínicas. Estudios futuros deberían hablar con personas de varias edades, étnicas, fondos económicos, y geográficas. Otra limitación era el tiempo corto de investigación- un mes. Por eso, investigaciones futuras deberían pasar más tiempo para pensar sobre los resultados de las entrevistas.

Bibliografía

Almonte García, G. (2016). Violencia Ginecológica y Obstétrica. La Medicalización del Cuerpo Femenino. Com.mx. <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>

Arica, C. D. (2022, mayo 23). Servicio de Salud Arica y hospital regional reanudan programa de parto a la manera aymara. Servicio Salud Arica. <https://www.saludarica.cl/servicio-de-salud-arica-y-hospital-regional-reanudan-programa-de-parto-a-la-manera-aymara/>

Borrescio-Higa, F., & Valdés, N. (2019). Publicly insured cesarean sections in private hospitals: a repeated cross-sectional analysis in Chile. *BMJ Open*, 9(4), e024241. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024241>

Bustos (, J. G. (s/f). “*MACHISMO Y CULTURA*”’. Repositorio.uc.cl. Recuperado el 18 de abril de 2023, de <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/6423/000381947.pdf>

Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Obstetric violence in Chile: women’s perceptions and differences among health centers *Violência obstétrica no Chile: [Pan American journal of public health]*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

Chile Crece Contigo. (2023) Gob.cl. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://www.crececontigo.gob.cl/>

Coronado, J. (2017). Machismo, definición. Obo. <https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199913701/obo-9780199913701-0106.xml>

CRIPAC. (2023). Facebook. Facebook.com. <https://www.facebook.com/people/Cripac-Arica/100060582681791/>

de Elejalde, R., & Giolito, E. P. (2019). More hospital choices, more C-sections: Evidence from Chile. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3390287>

Dell'orto, G. (2022, agosto 27). Chile hospital integrates Native medicine, birth to death. Associated Press. <https://apnews.com/article/covid-health-caribbean-chile-medication-010a04222d9249c2b612dd24869677ba>

Isabel Calle, E. al. (s/f). Rituales y Ceremonias Agrícolas del Pueblo Aymara. Inia.cl. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de <https://biblioteca.inia.cl/bitstream/handle/20.500.14001/7742/NR39734.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

Madre Nativa. (2023). Madrenativa. Recuperado el 25 de abril de 2023, de <https://www.madrenativa.org/>

Mamani López, V., Herrera Salas, D., & Arias Gallegos, W. L. (2020). Análisis comparativo de machismo sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(2), 106–115. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272020000200106>

Martin, M. A., & Gurven, M. (2022). Traditional and biomedical maternal and neonatal care practices in a rural Indigenous population of the Bolivian Amazon. *Global Public Health*, 17(6), 971–985. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1882531>

Mustafa, M., Batool, A., Fatima, B., Nawaz, F., Toyama, K., & Raza, A. A. (2020). Patriarchy, maternal health and spiritual healing: Designing maternal health interventions in Pakistan. *Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*.

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Valdebenito, C., Rodríguez, M., Hidalgo, A., Cárdenas, U., & Lolas, F. (2006). Salud intercultural: Impacto en la identidad social DE mujeres aimaras. *Acta Bioethica*, 12(2), 185–191. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2006000200007>

Westbrook, M. (s/f). La Etnia y las Cesáreas en los Partos en el Hospital. Sit.edu. Recuperado el 30 de mayo de 2023, de https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2176&context=isp_collection

Anexos

Anexo A



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE EN PROYECTO ISP Ó PASANTÍA

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este proyecto de investigación ó pasantía.

Mi nombre es _____. Soy estudiante del programa *Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad* de SIT Study Abroad, y agradezco su interés por participar de este proyecto, que estoy realizando en el marco de estancia en el programa SIT, sede Arica.

Antes de que acepte participar en éste /esta _____, es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

a. Privacidad: Toda la información que usted entregue, en caso de ser grabada, será protegida. Si usted *no* quiere que la información sea grabada, debe hacérmelo saber, y de tal manera no la grabaré. Del mismo modo, solo con su autorización al firmar en este documento nos autoriza a sacar y utilizar fotografías para este proyecto de investigación o pasantía.

b. Confidencialidad: toda la información confidencial será protegida.

c. Retiro: Usted es libre de retirarse de este proyecto en cualquier etapa de éste. Puede hacerlo inmediatamente y sin perjuicio de sus intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de Word Learning y verificar sus políticas en *Investigación con Sujetos Humanos* en [Research & Ethics in Field Study & Internships - SIT Study Abroad](#), o contactar al Director Académico del Programa Dr. Daniel Poblete a daniel.poblete@sit.edu, o al teléfono +56 9 90435658.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de este proyecto o pasantía, por favor contácteme al número de teléfono: _____; o, al correo electrónico:

Por favor firme abajo si está de acuerdo en participar en este proyecto, y admite tener 18 años o más.

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador o pasante

: _____

Fecha _____

Anexo B

Transcripción de entrevista con el aprendiz a la usuyiri

Speaker1: [00:00:01] La forma.

Speaker2: [00:00:04] Tengo muchas preguntas si es más fácil si.

Speaker1: [00:00:07] Mira la forma. Más que nada es un tema tradicional, el cual se va pasando de generación en generación y se va enseñando la la partera va enseñando, escoge alguien a quien enseñarle. En este caso mi mamá es partera, mi abuela materna fue partera y fui adquiriendo de a poco los conocimientos. Y la diferencia de un parto a un parto indígena es que un parto indígena es más humanizado, más natural y se le tiene más apoyo tanto a la madre como al hijo. En cambio, en un parto tradicional es a veces como solamente la posición o la atención que se le da. La madre pasa a ser segundo plano y se enfocan a la o al bebé, entonces es donde mayormente se pasa a llevar a la madre y ocurren esta violencia obstétrica, que es donde las madres terminan con depresión posparto o se sienten pasar a llevar.

Speaker2: [00:01:27] Y usted puede decirme más sobre su trabajo. ¿Y qué puedes hacer con su trabajo?

Speaker1: [00:01:34] Mi trabajo consiste más que nada en en ir orientando a la embarazada desde el momento de gestación o antes incluso de la gestación, porque a veces tienen prolapso o tienen problemas de salud mental, el cual le impide el el tema de llegar a una buena ovulación o tienen el cuello uterino desprendido, entonces hay que arreglar el lo que es la armonía holística de la embarazada, después lo corporal y se le va haciendo un acompañamiento durante el embarazo, el cual la la embarazada va conociendo desde va generando como una confianza con la embarazada, cosa de que en el momento de que la embarazada acude al parto se siente con una persona conocida. En el CESFAM pasa una cosa de que te atiende una matrona y cuando va al parto está la matrona de turno que uno no conoce y no genera vínculo anterior, pero con la partera como está desde el control, está en el momento del parto. Te va haciendo aparte de un

acompañamiento a base de frotación o dándote infusiones de hierbas. Dependiendo de cómo va el embarazo, te va haciendo una contención emocional. Entonces ahí se apega lo holístico y lo físico y se va preocupando igual de de que el parto se lleve a cabo y después del parto es la matrona, o sea, es la partera la que digamos, te sigue atendiendo junto con la pareja o la red de apoyo de la de la embarazada y te va apoyando con el gestante, cosa de que la embarazada después del parto puede debería descansar y cosa que no se hace en el hospital porque te meten al tiro la guagua y tener que darle lactancia e igual tienes que esperar la hora de colación.

Speaker1: [00:03:39] En cambio se supone que en un parto natural uno apenas tiene al bebé, le dan una sopa que es por lo general de la base de quinoa, que es para que la embarazada pueda soltar más la la leche materna, entonces el bebé y aparte que igual se le tiene en un lugar oscuro, porque como el bebé estuvo los nueve meses gestando en un lugar oscuro, se les mantiene a la embarazada y al bebé en un lugar oscuro y es donde en este caso entra el rol del padre o de la red de apoyo de la madre a atender a, digamos, a darle la alimentación, cambiar el bebé, mientras que la mamá se va recuperando, pero no se ve en el hospital.

Speaker2: [00:04:28] Eso sí es muy diferente que los otros tipos de partos.

Speaker1: [00:04:33] Si un poco más te ponen un foco ahí en se supone que.

Speaker2: [00:04:38] Que.

Speaker1: [00:04:39] Que debería ser en un hogar más sombrío.

Speaker2: [00:04:42] Sí. Y qué tipo de apoyo usted puede ofrecer en los tiempos de embarazo y posparto a sus pacientes.

Speaker1: [00:04:51] ¿En el embarazo? Una orientación sobre el tipo de alimentación una semana En el caso de cuando están pasado frío y les cuesta dilatar, se saca el frío a base de infusiones y de masaje con ungüentos que igual nosotros preparamos, que son el lo empezamos desde que se cortan las ramas o se poda la deshidratación, después el el molerlo, después a

hacerlo, ya sea maceración en aceite o patos o en o en crema dependiendo del dependiendo cómo se encuentre la mujer embarazada y de ahí se le va haciendo esto.

Speaker2: [00:05:39] Muchas gracias. Hay azúcar rubia en gotitas y.

Speaker1: [00:05:44] ¿Este bien polvo eh? ¿Gotitas ya?

Speaker2: [00:05:50] Si estoy bien. Sí, perfecto.

Speaker1: [00:05:53] Bien, gracias.

Speaker2: [00:05:55] Gracias.

Speaker1: [00:06:00] Y aparte que igual se le hace como una contención emocional a la embarazada con el tema de la escucha activa. A veces la embarazada como están creando a un bebé, él emocionalmente, a veces suelen estar más inestable que lo normal o está más susceptible, entonces se le crea una una contención emocional, cosa que pasa a ser la partera multidisciplinaria. En cambio en lo que es salud pública, si no se demuestra que está con depresión, no la derivan a la psicóloga y la psicóloga. Aparte que la atención con la psicóloga acá en Chile sobre todo es como cada dos meses. Entonces sí entonces cuando la embarazada o alguien con enfermedad de salud mental debería de tener una atención semanal por psicólogo en caso de eso, pero acá están sobresaturado el sistema y ahí es donde a veces la se genera tanto el vínculo que que la la la embarazada acude con la partera y puede y por ese la embarazada que genera más lazos con la partera que con otro prestador de servicio público. Y después se sigue guiando con el tema de que tomar posparto o te va orientando en cómo parir o por qué de repente estabas a frío, o por qué no dilata, o porque tiene la guagua ladeada o subida, y por qué no baja, o por qué empieza con dolor de cabeza.

Speaker1: [00:07:47] Es que todos los partos son diferentes y es la partera de que sea el ahí está la partera, se adapta la embarazada en cambio del sistema público, la embarazada se adapta al sistema y eso es lo que le genera a la embarazada mayor conexión con la mujer, con la partera,

porque aparte de ser partera, doula y. Y va con el Fiat, igual con la familia, pero igual se supone que la embarazada debe confiar en la partera, porque hay personas que digamos sobre todo con las personas que de repente tienen un poco miedo al dolor, que es la la partera la que le va dando como la fuerza o la fortaleza para para soportar las contracciones. Pero a veces cuando la la embarazada siente que no puede, ya se acomoda el sistema público, no más que un parto normal, pero las mujeres si pueden aguantar. Y eso es lo que ahora, hoy en día, por no aguantar el dolor del parto, que son un aproximado por parto aymara con tratamiento desde el embarazo, son a máximo dolores de contracción, trabajo de parto. En cambio a veces cuando son partos tradicionales sin partera, a veces están 24 horas, 48 horas porque no dilatan o porque no se sienten preparada y o lo otro prefieren más cesárea que después. El tema de la recuperación es meses.

Speaker2: [00:09:30] Sí.

Speaker1: [00:09:30] En cambio, cuando por eso con mi mamá decidimos apoyar al servicio de salud con el tema del video de parto aymara, después de que tuve mi bebé de parto aymara a la media hora yo ya me podía levantar. Así terminé sin desgarrar, sin punto, sin dolor de cabeza y pude atender bien a mi bebé. Pero cuando es parto en camilla, por lo general para acelerar el parto generan una fisura que eso se demora en cicatrizar porque es un sector húmedo y más todavía cuando les genera la cesárea que le cortan las capas de la piel, que eso se demora mucho tiempo más cicatrizar. Entonces no va igual en el postparto de la embarazada, o sea, la matrona o la dupla o partera, te enseña cómo hacer el ejercicio que él o cómo evitar el tema del prolapso, porque a veces, como no sabe empujar la embarazada genera mucha fuerza, o sea, un bebé muy grande. Entonces ahí va. Y de hecho la misma partera con masajes y con. ¿Eh? Con técnicas de de masajes que le va a moldear, le va acomodando el útero. Entonces sí, es como diferente, pero no es invasivo. Si también un parto normal, invasivo porque te te hacen tacto la. La partera no te hace tacto a menos de que la mamá quiera o quiera saber cuánto le falta su bebé. Pero ahí va más complementariedad.

Speaker2: [00:11:24] Sí, sí. ¿Y puede hablar un poquito más sobre las tradiciones de posparto aymarás?

Speaker1: [00:11:32] Sí, embarazadas. El posparto es más de apoyo a la mamá con el tema de evitar que tenga prolapso ver que no tenga, digamos, la depresión posparto que digamos cuando ya. Por lo mismo, para nosotros era importante el tema de la placenta. De hecho del 2018, que recién acá en Chile se empezó a dar la placenta y es y el uso que nosotros le damos a la placenta primero se deshidrata y de ahí se va guardando. Si tiene el bebé nace muy llorón o muy débil, o la mujer se debilita mucho o la mujer está con depresión, se usa la placenta y como igual. Antiguamente igual podían leer la placenta de cómo iba a ser el camino del bebé y eso sí, se fue perdiendo y se está buscando rescatar la lectura de la placenta. Y eso es maravilloso. Sí, igual que el estaño. Y se le trata de hacer una igual. Una guía sobre la alimentación, sobre los estilos de cómo, cómo acomodar al bebé, la alimentación del bebé. El tema de da igual, ya después ver cómo el tema del calendario de ovulación de la mamá, porque a veces cambia, unas veces se genera más días de menstruación, otras veces menos días, pero ese calendario se hace con la luna. Ah, sí, con la luna. Seguí el tema de del período menstrual y. Y se sigue haciendo como un tratamiento de masaje. Pero ya no sería una, sino dos personas. Ven al bebé y a la mamá.

Speaker2: [00:13:30] Si. ¿Y qué opina usted sobre el uso de episiotomía?

Speaker 1: ¿Qué es episiotomía?

Speaker 2: ¿Cómo una corta para ayudar al parto?

Speaker1: [00:13:42] Si. ¿Eh? La verdad que es como acortar el camino, pero a la final daña más a la embarazada, porque si bien le pone nada se el tiempo de cicatrización e incómodo porque ya de partida algunas mamás en tanta cosa que les genera prolapso y. Y tiene que te dicen tienes que estar, que te llegue la luz con las piernas abiertas y es incómodo la cicatrización siendo que que con un buen tratamiento se pueden evitar y la idea de evitar eso porque a veces igual te muchas veces acá cosen no sé si muy apretado, pero se abren los puntos. Entonces como hay que tener buena higiene y por lo general las personas que vienen de Valle y cosas así no pueden acceder a una higiene rápida y en donde trabajan en la tierra o lugares con mucha polución se o ya tienen que empezar a trabajar porque de hecho la hembra, la portera, debería estar en un reposo de 40 días, pero acá no se respetan los 40 días porque a veces están tienen que trabajar, sobre todo los que trabajan en forma particular o medianero, que trabajan en el campo o

en el ganado. Las personas que trabajan en que tienen fuero, digamos por el trabajo, relativamente descansan, porque el la pareja con suerte tiene cinco días de descanso y es cuando la mamá si bien se queda en casa pero sigue teniendo al bebé. Entonces la cicatrización nunca se va a poder cumplir con el reposo que corresponde. Y eso es verdad.

Speaker2: [00:15:43] Sí. ¿Y qué piensa usted sobre las posiciones de parto horizontal o vertical?

Speaker1: [00:15:50] El parto Aymara es vertical. Por el. Y ayuda mucho al tema de que el bebé salga más rápido. Pero horizontal no. Es para, para la comunidad del médico. Y de hecho, el el parto del bebé de los bebés horizonta por lo general dando la espalda a la partera, cosa de que el bebé a la primera, a la primera cara que ve el bebé es a la partera. Entonces acá no reciben el bebé de espalda en el parto vertical Si.

Speaker2: [00:16:34] Y puede hablar un poquito sobre su experiencia en su trabajo con violencia obstétrica.

Speaker1: [00:16:41] U violencia obstétrica. Me pasó como usuaria. Sí. Cuando tuve a mi hija fui a la al hospital para tener a mi bebé. Fui con mi mamá que es la partera, entro al hospital y le digo que vengo por un parto aymara y me dicen que no hay parto aymara y yo le digo sí, hay parto aymara y me dice no, es que están suspendió porque no están las parteras. Y yo le digo vengo con mi partera, que mi mamá y me dice no, es que ya no se puede hacer. Y ni siquiera me habían tomado los signos vitales como para decir que no se puede hacer. Y yo dije entonces me tienen que ir a buscar a mi casa, agarren mis maletas. A pesar de estar con contracciones, me devolví, me estaba viendo y ahí fue cuando la niña del de la matrona que estaba de turno se devolvió como asustada y diciendo no, ahora no, si te vamos a respetar el parto aymara. Mi otra hija igual. En ese tiempo no había parto y mi hija tiene 15 años, hace el parto aymara, mi hija va a cumplir 16 y el programa tiene 15 años. Si, porque pasó dos meses y ahí recién empezó el parto de mi hermana, estuve con contracciones, llegué al servicio de Salud Coronado ya a punto de tener a mi bebé, pero en lo que si necesita descansar un poco y la enfermera me dijo que no, que tenía que tener la guagua rápida y se me sube acá con su codo y me aprieta de una forma de que prácticamente con los pies estirados y. Y fue. Fue brutal. Así ya está.

Speaker2: [00:18:36] Sí. Lo siento mucho, si.

Speaker1: [00:18:37] Sí, y es muy recurrente acá si, si, muy es muy común. Igual el tema de cuando la mamá tiene contracción y no aguanta el dolor, gritan, les llaman la atención. ¿Para que gritas? Aguántate. ¿No te gustó entonces? Y de partera cuando uno llega ni siquiera te preguntan si le puede hacer tacto. Ella al momento de hacer tacto suelen romper la bolsa de inmediato, no esperan de que sea un proceso natural. Si, si y es común. Entonces por lo mismo se ha visto mucho el tema de de violencia obstétrica y aparte igual se ha visto y que digamos mucho. Ya el bebé está ladeado.

Speaker2: [00:19:30] Sí.

Speaker1: [00:19:31] Cesárea, en cambio la partera sí. O está modélico así y llegan y le hacen la cesárea de inmediato. Pero hay técnicas como el gateo de la mamá o el manteo paraguayo que la partera la acomoda con el aguayo Sí se puede acomodar el bebé y de ahí la partera le va fajando las costillas y va bajando para que el bebé no se suba y se puede tener un parto natural, pero acá prefieren hacer la cesárea.

Speaker2: [00:20:05] Sí, y eso mismo hay.

Speaker1: [00:20:07] Hoy en día. Si un 70% de cesárea en el sistema privado y un 40% aumentan en el sistema público y. Mira a ver si.

Speaker2: [00:20:29] Y puedes ver el impacto de la cultura del machismo en las vidas de.

Speaker1: [00:20:38] Y mucho. En épocas precolombina, el el hombre y la mujer eran dualidad en la cultura aymara. Si llega la colonización junto con contesta todo este machismo instaurado que para el hombre se le fue más cómodo, pero ancestralmente cuando los partos eran por eso los partos son de dualidad. La mujer tiene la guagua y el hombre la tiene que atender a la mujer y al bebé. Hoy en día no, el hombre no hace nada si literalmente no hace nada. Y de hecho es como

que el hombre ya tienes la guagua y tienes que seguir tu atenciones. Si, y lo ven como si fuera una estrellita, un mérito que el hombre cambie el pañal porque el hombre a lo máximo cambia el pañal cuando es orina, pero ya cuando es el caca del bebé no cambian, se lo pasan a la mamá. Igual con el tema de de de las noches cuando es hacer dormir a la guagua, la muda, sacarle los chanchitos. Se ha visto poco y hay pocos que lo siguen, pero hay muchos, pocos que que porque lo hacen piensa que es un hay que tenerlo acá. Pero sí hay mucho machismo acá, mucho, y sobre todo para la frontera. Y en Perú y en Bolivia es mucho.

Speaker2: [00:22:10] Si. ¿Y mi pregunta final pienso que es qué piensa usted sobre su propio sistema de salud como sistema indígena o aymará? ¿Piensa que proporciona apoyo suficiente a los pacientes?

Speaker1: [00:22:29] Si bien hay prestadores de servicio, no cuentan con los insumos y los espacios, porque la gente, los yatiris, que son los que leen la hoja de coca, lo contratan como yatiri, pero no implemento la hoja de coca que igual se va desgastando. No, no es como pedirle al médico que te dé el tratamiento farmacológico. Si es lo mismo, pero es menos valorizado que un que el auxiliar de aseo en el auxiliar de aseo gana más que los Yatiri y los coyiri y los Yatiri. Dios o Yuri, que son los médicos ancestrales, por lo general no tienen horario, si bien tienen un horario fijo por el sistema de salud. En el caso de las parteras que usan la suyu de los partos, por lo general son en la noche y cualquier día en la semana, pero ellas no tienen la remuneración de esa hora extra y de hecho son por el sistema público. Ellos están por proyecto y eso que es un programa y ellos trabajan en general. Largo. Hace un año atrás trabajaron cuatro meses y la subvención era por diez meses y no se sabe qué pasó con el resto del tiempo. No se, se, se tiene en visto, se ejecuta pero se ejecuta con el mínimo de. El mínimo de. De abastecimiento aparte que por la población y la ley indica de que como tenemos un 33% de población indígena en la región, debería haber facilitadores y médicos en todos los 61 por en Arica. Si en los cinco sea consultorio hay una yerbatero tera y como y es e no lo grafico no concuerdan con la necesidad. Si en la ciudad de Arica y una yatiri Arica rural una oso Yuri genera el lago son dos yuri que son yerbatero y un yatiri que el que lee la coca más lo holístico general En Pudre un yatiri, dos usuyiri y en Camarones es un yatiri solamente. Entonces está muy desproporcionado.

Speaker2: [00:25:19] Si hay programas para enseñar a más.

Speaker1: [00:25:23] Conadi lo está haciendo.

Speaker1: [00:25:25] Pero es uno. Es difícil traspasar el conocimiento y otro es difícil que en donde uno pueda ir haciendo como la práctica, porque cuando estudian en la universidad les consiguen las prácticas en los servicios de salud o en dependiendo la rama, pero acá no hay, salvo que sea particular, pero el particular no te reconoce, si hizo la practica conmigo no hay esa. Salvo el el boca a boca. ¿Ah si? ¿Pero está ese tema de que no recién ahora en cuánto año llevara? Unos cinco o seis años. Recién están conociendo los aprendices. Sí, pero lo malo es que donde la remuneración a lo yatiri, coyiri es tan bajo para el sistema público que lo aprendices prefieren estudiar y ejercer una carrera tradicional versus una ancestral. Si. Sí.

Speaker2: [00:26:30] Muy interesante. Si estos son todos mis preguntas. Tienes algo que quiere decir que.

Anexo C

Entrevista con la psicóloga de Madre Nativa

Speaker1: [00:00:00] Estoy estudiando el empoderamiento de mujeres y personas embarazadas y post natales y entonces me interesa preguntarte sobre esto. ¿Mi primer pregunta es cuál es la población con la que trabaja usted en general en madre nativa?

Speaker2: [00:00:20] Mira, en general el punto de corte es que son mujeres.

Speaker1: [00:00:25] Sí.

Speaker2: [00:00:26] Principalmente mujeres. Mujeres tanto genéticamente como también de rol. Muchas veces no de género. Después son embarazadas y próximas a parir. Y postparto también.

Ahora pueden ser las más jóvenes, también adolescentes. También hemos trabajado con niñas y por ahí también. ¿Siempre hay un grupo de adultas, no? Que están en la, como le decimos nosotros, en la plenitud.

Speaker1: [00:01:05] O sea, sí.

Speaker2: [00:01:07] Entonces es la mujer a lo largo de su desarrollo humano en todas las etapas del desarrollo. ¿Ahora tú escuchas madre nativa y te centras más como en esta edad, no? Quienes acuden más a nosotras son mujeres embarazadas que ya tienen bebés o que niños más grandes y están criando también.

Speaker1: [00:01:29] ¿No?

Speaker2: [00:01:29] ¿Entonces esa es la población general?

Speaker1: [00:01:32] ¿Sí, por la mayoría son mujeres indígenas y aymaras o no?

Speaker2: [00:01:37] Ha variado. Hay de todo, hay de todo. Porque bueno, Arica es es una frontera. Entonces, por ejemplo, yo no soy de Arica, yo soy peruano.

Speaker1: [00:01:47] ¿Ah, sí? Sí.

Speaker2: [00:01:48] Entonces hay mujeres como yo de otras nacionalidades. También los hay migrantes en general y. También hay personas o mujeres que se consideran aymaras o quechuas o afrodescendientes. También hemos tenido ese contacto aquí en Arica e incluso una organización con la que tenemos una red, no una red. Es como que trabajamos en conjunto. Sí, se llama. Bueno, no sé si es necesario ponerla, pero yo sé que ellos son afrodescendientes, pero ellos hacen tumbé, o sea música, pero también tienen un discurso político. Entonces eso en Arica es bastante así. Como que más conocido, sí. Entonces ese tipo de población con características particulares, pero algo que igual es importante saber es que, por ejemplo, las mujeres que pueden acceder a nuestros servicios sí que son pagados, no están tanto dentro de esta categoría, porque si

es que tienen que pagar, entonces pasan a un nivel no superior, pero característico de o son profesionales o vienen de otras regiones migrando Santiago, no sé, Concepción, etcétera y pues tienen un estatus social o socioeconómico más alto para poder acceder a los servicios pagados. Sin embargo, a los que damos de manera gratuita, pues ahí en ese grupo sí podemos encontrar mucho más a personas con características más particulares o o culturales.

Speaker1: [00:03:28] Sí.

Speaker2: [00:03:28] Entonces hay de todo.

Speaker1: [00:03:29] Sí, sí, sí, sí. ¿Y segunda pregunta es cuál tipo de barreras relacionadas del empoderamiento considera que existen en las mujeres con que las trabaja? Barreras para el empoderamiento, Empoderamiento.

Speaker2: [00:03:46] Mira la primera barrera. Bueno, podríamos reconocerla como el sistema en el cual nos rodeamos nosotros. Nosotras reconocemos como ONG de que el sistema patriarcal o machista reconozcámoslo de esas formas.

Speaker1: [00:04:01] Sí.

Speaker2: [00:04:02] Pone todas las barreras posibles para que uno pueda acceder, no tanto de conocer, educarse, por ejemplo, a la educación, para tener esa conciencia de que uno necesita empoderarse, por ejemplo, No, pero si tienes que criar, tienes que trabajar, tienes que cuidar a otras personas y no tienes el suficiente tiempo ni la conciencia de que lo necesitas. No, porque bueno, tu vida ya no te da para más, entonces puede ser como la principal barrera que hay que superar. Eso es como la básica, ya que desencadena en todas las demás. Pero bueno, esa educación también puede ser disponibilidad de tiempo. ¿Muchas veces, muchas veces la disponibilidad de tiempo, que es otra consecuencia, como te das cuenta, no? O sea, muchas mujeres, si es que hacemos un taller, por ejemplo, intentamos hacerlo como más tarde, como a las seis, así que si es que salen de su trabajo, jornada laboral, pueden asistir, pero muchas cancelan o no van porque por por la edad, o sea por el tiempo, quiero decir la disponibilidad,

porque tienen al cuidado a más personas, o sea, no solamente sus hijos, sino al esposo o a sobrinos o abuelos o a sus padres mismos, entonces ellas están saturadas, no hablamos de la de la triple jornada laboral, o sea, ellas trabajan, tienen que cuidar a ellas mismas y tienen que cuidar a otros. ¿Entonces ya quisieran muchos acceder, pero esa es una imposibilidad, no? Sí, incluso a veces el traslado también lo hemos notado. ¿No? ¿Intentamos de hacer talleres como en todos los sectores de la ciudad, para que tal sector sea más fácil de acceder a las que viven ahí, no? Porque si es que lo hacemos, no sé, en una punta y alguien vive por allá, entonces ya, ya se hace una otra barrera más.

Speaker1: [00:06:04] Sí, sí, sí.

Speaker2: [00:06:06] La movilidad también el horario. ¿Y muchas veces puede ser también el quizá la conciencia de que necesito esto, no? O sea, como yo vivo y estando en la a la rápida y no soy consciente de que existe el empoderamiento que yo lo necesito, no soy consciente de que soy víctima, por ejemplo, de violencia. Entonces, como todavía no sé que eso es un problema, no busco la solución.

Speaker1: [00:06:39] Sí. ¿Y qué tipo de apoyo ofrecen en madre nativa para personas embarazadas?

Speaker2: [00:06:48] ¿Y otras? Mira, es variado. Si nosotros trabajamos a través de la ONG. Empezó ya hace muchos años con. La intención de poder hacer algo. No empezó así muy mucho de casa, así como que las hijas se sentaban a conversar, llevaban a sus hijos, otras embarazadas con algunas profesiones de ellas mismas que tenían relación, no una era kinesiólogo y la otra era psicóloga y la otra era antropóloga. Entonces hablaban respecto a eso y así se generó la ONG, Ciertamente. Y progresivamente ya empezó a crecer y a tener necesidad de tener ingresos, por ejemplo. Entonces ahí se dan las postulaciones a proyectos, a financiamientos o a donaciones. ¿Con ese, con ese capital se ha podido generar talleres, que es como lo que nos caracteriza, talleres en autogestión, en salud Y por qué autogestión? Porque nos hemos dado cuenta reflexionando de que el sistema de salud pública, por ejemplo, aún es ineficiente. Aún falta mucho para que estemos o podamos acceder a ese servicio como lo necesitamos. Entonces,

como este sistema aún no está listo, no está preparado. Nuestra postura es que la salud se gestione, no se manipule, se desarrolle por nosotras mismas. No, hasta que este sistema me pueda dar lo que yo necesito, lo que yo merezco, no mi derecho.

Speaker2: [00:08:26] ¿Entonces, esa es la denominación de los talleres? Es un ciclo de talleres que son cinco talleres. ¿Cada taller tiene una temática particular de este desarrollo, particularmente relacionado con la mujer, o sea nuestro cuerpo, nuestras emociones, particularmente la pelvis, que es un órgano tan importante para nosotras y otros más, no? Entonces los talleres por ahí dictamos igual charlas educativas como en colegios o liceos o institutos como como este mismo también hacemos todo lo que podemos para hacer activismo social. Si no, entonces en el activismo social también es un servicio. Pues claro, no es remunerado, pero es un servicio que nos ayuda a visibilizar a la población común, no a la señora que trabajaba en la esquina, el de la tienda, etcétera, para que ellos puedan ver o escuchar que esto existe, que la violencia obstétrica existe, que son nuestros derechos, son nuestros deberes y que esto pues puede ayudar muchísimo a mejorar nuestra salud. Ya entonces esos son como los principales servicios que dictamos. O sea, también, bueno, las pasantías que hacemos con ustedes también son un servicio que brindamos a quien lo necesite o a quien lo busque.

Speaker1: [00:09:55] Sí, sí, ajá, sí. ¿Y en tu opinión, qué rol tiene la cultura machista en Chile en el empoderamiento de las personas embarazadas? Sí.

Speaker2: [00:10:11] En cada punto. ¿Porque? ¿Porque? ¿Bueno, primero es el rol, cierto? Podemos verlo como el rol que nos imponen, el rol que imponen que la mujer debe ser, debe hacer, debe decir, vestir, etcétera Ese rol ya nos encaja más. ¿Así nos encapsular en una etiqueta y esa etiqueta, pues nos programan, por así decirlo, a hacer solo eso, no? Y que es más difícil el cuestionarte cuando tú te lo cuestionas genera mucho desequilibrio en una misma. No, porque la deconstrucción, por ejemplo, una tema importante, la deconstrucción no es un proceso, así como que ya me doy cuenta que he sido criada en una estructura machista y ya no lo quiero.

Speaker1: [00:11:04] Hacer si.

Speaker2: [00:11:05] No es tan fácil, es cierto. ¿Entonces, cuando hay que deconstruir pensamientos, creencias, tienes que tener un soporte, no? O sea, vas a sacar esto de tu cerebro y tienes que meter esto otro. Entonces esa, esas son, no lo voy a decir, es el rol del patriarcado, pero es una de las consecuencias. No lo veo más como una consecuencia de de su existir aún en esta sociedad, no nuestros roles y las posibilidades, incluso no cuando trabajamos, por ejemplo con niñas ni con edades más tempranas. ¿Intentamos de brindar muchísima más información, no? O sea, más que que llevar el cuestionamiento, les damos información, les damos herramientas para que ellas tengan información nueva y no solo con la que han sido criadas, no solo la que han escuchado de la abuela o de la. Vuelo, o en la Iglesia o en otras instituciones que ya te meten la información de que así son las mujeres o así deben ser. Entonces, ese es uno de los principales. O sea, ese tipo de. De consecuencias en el patriarcado también, pues muchos lo vemos, por ejemplo, a raíz de nuestro libro en el sistema público ya médico más tradicional, en los currículos, por ejemplo, profesionales, no sea cuál va a ser tu tu malla curricular, como le dicen.

Speaker2: [00:12:35] O sea, la malla curricular igual está inserta en el machismo en ese aspecto. ¿Por qué? Porque por ejemplo, se siguen reforzando o se siguen enseñando prácticas que no son humanas ni que son innecesarias y que sólo benefician al al servidor de salud en ese momento. ¿No, por ejemplo, como las las maniobras de en el momento de parir no? O sea, las maniobras de estar uno recostada y con las piernas abiertas. Esa es una. Esa es, o sea, es. Es una forma de la que siguen todavía educando a los ginecólogos o a las obstetras, o a las matronas, que sabemos que ya con la evidencia científica actual actual, pero puede ser desde el 90 en adelante, quizá no, no trae ningún beneficio a la que va a parir. O sea, lo práctico es solo para el que va a recibir al bebé, o sea, a ese profesional. ¿Entonces, en ese punto también está inserto el les, la estructura patriarcal, no? Y esto después. Eso es muy grande.

Speaker1: [00:13:46] Y muy grande. Sí. ¿Y en su experiencia de donde reciben apoyo las mujeres con las que trabajan? De médicos, de familia, de su comunidad, de MN?

Speaker2: [00:14:03] ¿De apoyo? Um, bueno, las redes de apoyo, si no, eh, por desarrollo, así como social, se han ido disminuyendo. No porque las familias se han o mudado, por ejemplo. O

sea, ya, ya no vives con la abuela, con la tía, sino que ahora vives solo o vives sola en tu pequeño departamento y eso te aleja, incluso no físicamente de de la otra, del otro que te puede ayudar. Entonces ese es un factor que a veces influye. ¿Pero bueno, lo positivo eh? Apoyo generalmente yo creo de otras mujeres, no parte de otras mujeres que tú escuchaste que tuviste las redes sociales virtuales. Igual ahora ayudan muchísimo a que uno entra en conciencia de que eso te va a pasar, de que quizás te sientas triste, de que te puedes sentir abrumada o frustrada, o confundida o enojada también, no con todo lo que vas a ir pasando, porque bueno, más que estar, parir, criar no es un proceso sencillo.

Speaker1: [00:15:17] Sí, es.

Speaker2: [00:15:18] Cierto, es muy complejo y y es clave, todo lo contrario. O sea, es clave que esta madre, por ejemplo, esta mujer que decidió tener ese hijo o que muchas veces no, pero bueno, ya lo está asimilando y puede tener la conciencia de que todo esto le va a pasar. ¿Entonces, cuando tú vas con que? ¿Con la expectativa de que bueno, esta cosa no es tan fácil, ya vas como que en otra no te la decisión no? Pero este sistema te pinta el panorama de que la maternidad es todo genial, de que tú tienes que darlo todo, de que de ti depende tu hijo bla bla bla. Entonces cuando te das cuenta de que no es así, chocas con la realidad. ¿No se crea como una dicotomía entre lo que yo pienso y yo siento, yo creo y lo que me dice la sociedad, no? ¿Entonces eso, ahí tenemos a estas mujeres maravillosas que nos brindan ya a través de su experiencia más real, un apoyo, no? También puedes encontrar apoyo, aunque no lo creas, hay profesionales, de pronto las más jóvenes en el sistema de salud que ya van cambiando su forma de antes de servir, no? ¿Si por ahí puedes encontrar alguna matrona en el sistema de salud y así son diez, quizá encuentres a dos que son buenas, no? Y que te reciben bien, que te dan un buen servicio, que responden a tus dudas, a tus inquietudes, etcétera que que finalmente te ayudan como a cerrar ese duelo, no de lo que tú esperabas y de lo que realmente recibiste. Porque bueno, aquí es obligatorio casi parir en el hospital. ¿Entonces todas o en la clínica? Bueno, si tienes los recursos económicos.

Speaker1: [00:17:07] Sí, creo que sí.

Speaker2: [00:17:11] Es cuestión de saber si es. Muchas gracias. Chao. Entonces. Recibimos apoyo de esas instancias. ¿No? Sí, también de energías como la nuestra, de otras mujeres que ya han sido. Me parece que la mayoría surge a través de que ya vivió la violencia y como ya la viviste, la puedes reconocer mucho mejor y puedes ayudar y quieres ayudar. Por eso nuestro libro se llama Para que no le pase a otra, si no nosotras todas, sin excepción alguna, hemos vivido violencia obstétrica, aunque haya sido, aunque hayamos sido chilenas, aunque haya sido de otro país, aunque tengamos una profesión. Incluso las mismas servidoras de salud o las mismas ginecólogos viven la misma violencia al llegar al sistema público a parir. ¿Entonces podemos recibir ayuda de esas, de esos de esas instancias?

Speaker1: [00:18:08] Sí. ¿Qué otras más se me ocurren?

Speaker2: [00:18:11] Bueno, ahí va a depender igual del apoyo de los recursos que tengas también. No siempre el tema económico está de por medio. Sin embargo, así como existimos nosotras y ya existen las redes sociales, pues ya está al alcance de muchas más mujeres. Si no intentamos de trabajar lo más posible por redes sociales para que llegue esta información a quienes puedan. Porque si reconocemos que las mujeres están trabajando todo el día, están criando todo el día, entonces, y no siempre van a poder venir y conversar con nosotras o venir y pedir ayuda, ni tiempo para pedir ayuda tienen. ¿Entonces, bueno, tener un celular está más al alcance, no? Por ahí hacer algo virtual igual ayuda. Sí que a veces es es como la principal red.

Speaker1: [00:18:56] Sí. Ok. ¿Y al final has visto diferencias entre comunidades indígenas y no indígenas y su empoderamiento como las costumbres o perspectivas en el embarazo?

Speaker2: [00:19:17] Sí, por supuesto, sí, hay una gran, gran diferencia. Partiendo desde lo que los hace particulares, o sea, desde el idioma, por ejemplo. ¿Y cómo puedo yo conocer mis derechos si es que no los conozco? O si es que, por ejemplo, no, no se conversan naturalmente en mi contexto, no más rural o más familiar. Así, muy, muy hermético, muy cerrado.

Speaker1: [00:19:44] Sí.

Speaker2: [00:19:45] Eso puede ser una gran diferencia. También el poder acceder a los servicios, si es que tú vives lejos, por ejemplo, si vives en el Valle o en la parte más rural de la región, poder acceder a un servicio en la ciudad, que es donde principalmente están. Es como que la principal barrera no en el cual yo pueda compartir otra información puede ser el idioma, puedes ser el mismo poder acceder a tener este tipo de objetos de pronto hasta en internet. Entonces, si yo no comparto el internet porque o no es parte de mi costumbre o no tenemos para acceder a eso o no hay línea, no hay señal. ¿Entonces ya, ya se hace otra diferencia entre las personas más específicas, no? Y también cómo sobrellevan, yo creo, cómo sobrellevan el el malestar de pronto a nivel salud. Nosotros, por ejemplo, mucho más de ciudad, digámoslo, somos más conscientes que existe la depresión, que existe la ansiedad. ¿Sin embargo, igual en ese tipo de contextos más rurales o personas que se identifican y han crecido con la cultura aymara, por ejemplo, su forma de afrontar la situación es mucho más como cruda, no? Sí, como que ya te sientes mal, ya párate, tienes que seguir. Si no. Entonces claro, uno lo va a hacer, pero no sanas, no, no sanas. Así internamente te sientes aún confundida y dentro de tus posibilidades y tu contexto, pues vas a vas a sobrellevar como puedas.

Speaker1: [00:21:30] No sé.

Speaker2: [00:21:34] Igual tenemos a la Kari que es nuestra directora, una de las directoras.

Speaker1: [00:21:37] Así.

Speaker2: [00:21:38] Que ella está haciendo un magíster y una investigación con justamente los pueblos rurales de aquí de la localidad y entonces es ella la que está.

Speaker1: [00:21:48] En sí, sí.

Speaker2: [00:21:49] Hola, yo me podría responder muchísimo mejor. Yo creo igual esta pregunta porque ella sigue investigando, sigue yendo. ¿Su investigación está ahora en proceso? Sí.

Speaker1: [00:22:01] Es muy interesante. Sí, estos son todos mis preguntas. Genial. Y muchas gracias por su ayuda.

Speaker2: [00:22:06] Si hay algo más que por ahí se te quede la duda, quieras profundizar.

Speaker1: [00:22:14] No ahora, pero tal vez después Sí. Me interesa este tema mucho y estoy emocionada para preguntar más.

Speaker2: [00:22:24] ¿Y cómo te surgió ese interés?

Speaker1: [00:22:26] Sí, me interesa mucho a los temas médicos, pero también sociales y entonces estoy emocionada para mezclar los dos.

Speaker2: [00:22:37] Así que es básico. O sea, el humano no es solo una, un cuerpo.

Speaker1: [00:22:42] Sí.

Speaker2: [00:22:44] ¿Sino que la visión integral que buscamos como para u holística, como también se le dice buscar que somos un cuerpo, somos un ser social, psicológico, cultural, etc, es como lo básico para comprender al ser humano, no? O sea, en una ciencia médica o social o educativa preventiva, hasta en todas, en todas, en realidad me parece sí, como que básico.

Speaker1: [00:23:11] Sí.

Speaker2: [00:23:11] Porque en la inmobiliaria, por ejemplo, tú tienes que conocer que una mujer, por ejemplo embarazada, no sé, sus piernas no van a estar como que están dispuestas, entonces yo tengo que construir una silla que sea especialmente para esas personas, no y no que la persona se acomode a lo que se va a construir, por ejemplo.

Speaker1: [00:23:31] Sí.

Speaker2: [00:23:32] O sea, está en ese punto. Hay que considerar al ser humano como un ser integral.

Speaker1: [00:23:38] Sí, muy importante. Sí, sí, tienes un parque y de su trabajo hay.

Speaker2: [00:23:45] A ver cuál es mi parte favorita. Mira, yo me uní a madre nativa buscando una red de apoyo.

Speaker1: [00:23:51] Hmmm.

Speaker2: [00:23:51] Sí, pero, bueno, yo sé, soy psicóloga, entonces yo sé que no soy de acá, que llegué a parir, a criar y en pandemia yo me veía. Todo ha sido muy bien Beatriz y yo dije no aquí ya que hago ver que necesito y digital lo que necesito es unirme a un grupo. Entonces yo ya tenía contacto con las chicas, las seguía por redes sociales. Entonces yo dije ya me voy a unir. Entonces participé en una actividad voluntaria y ahí fue como que dándome cuenta cómo funciona, que necesitan a más personas, más mujeres. Entonces mi vocación igual siempre ha sido de servir al otro o a la otra particularmente. Entonces así es que me uní. Entonces, lo que más me gusta de madre nativa es que es una red de apoyo, si no, entonces una red de apoyo, porque cada una comparte cosas en común también, con todas sus diferencias. Pero todas queremos mejorar el mundo naturalmente, aunque batallamos con todo y sabemos que es un largo proceso. Pero eso es lo que a mí más me llena. No puedo salir de mi contexto de trabajo, etcétera Y puedo ir a algo que sé que va a trascender para no solo mí, para mí, no solo para mí, sino para cualquier mujer o persona a que le llegue.

Speaker1: [00:25:15] No que le.

Speaker2: [00:25:16] Toque o que o que lo lea o lo que sea. Entonces eso es lo que más casi la mayoría rescata, aunque esto es como que juntarnos a conversar, a relajarnos. Igual hay mucho trabajo y es mucho trabajo que es sin lucro, o sea, no es pagado. Entonces yo que hay que tener como la intención así muy muy interna de querer hacerlo y eso, pues eso es como lo principal.

Speaker1: [00:25:45] Sí, sí, pienso que es trabajo muy importante. Sí, sí.

Speaker2: [00:25:52] ¿Genial, Abby Entonces, eso quiere decir que vas a hacer la pasantía con nosotras?

Speaker1: [00:25:56] No estoy haciendo un pasantía. Estoy haciendo investigación. Pero pienso que sí es posible. Y quiero trabajar juntos para como consejera y ya hecho.

Speaker2: [00:26:10] Sí, bueno, ahí estamos, a disposición para aprender el idioma. O también para. Para saber más. No, porque tú eres de otro o de otro país. Sí, pero lo que vamos conversando con cada pasante, cada ciclo, es que, aunque seamos de otro país, se siguen repitiendo, no como estructuras muy similares que aún no se resuelven acá. Entonces, bueno, menos allá.

Speaker1: [00:26:37] Sí, sí, sí.

Speaker2: [00:26:39] Y eso a mí.

Speaker1: [00:26:40] Me gusta mucho. Gracias por su ayuda.

Speaker2: [00:26:43] Igualmente. Sí, sí.

Anexo D

Entrevista con la matrona de la posta rural de Azapa

Speaker2: [00:00:03] Mi primer pregunta es. ¿Usted puede decirme más sobre su trabajo y su responsabilidad de trabajo?

Speaker1: [00:00:11] Bueno, yo soy matrona. Estoy en el convenio migrantes. Mi convenio se trata de facilitar el acceso al centro de salud a las personas extranjeras, principalmente a las gestantes. Procurar que la mayoría de la población acuda antes de los tres meses de embarazo o 14 semanas. También se le conoce y para eso hay estrategias que además de trabajar acá, la labor clínica en la posta y hay estrategias de salir a buscar personas salidas a terreno acá por el Valle. Explicarle el cómo es el sistema de salud y escribirlos acá. Ayudarles con la gestión de los números provisorios, que esto es para que ellos tengan acceso a un seguro de salud acá en Chile. Así que como en grandes rasgos, esa es mi labor.

Speaker2: [00:01:24] Sí, exacto. ¿Y por cuántos años usted ha trabajado acá?

Speaker1: [00:01:28] Llevo. Comencé el 2021 en septiembre van a ser dos años.

Speaker2: [00:01:39] Y a qué tipos de partos usted ofrece o apoya a mujeres aca.

Speaker1: [00:01:46] Los tipos de parto.

Speaker2: [00:01:47] O de apoyo de.

Speaker1: [00:01:49] Parto, como.

Speaker1: [00:01:51] ¿Pasa todo allá? Bueno, acá el parto en.

Speaker1: [00:01:59] El más grande es.

Speaker1: [00:02:03] El más ideal y es el hospitalario. Tenemos el acceso también al parto aymara, que es el que lo realiza la señora Aurelia, que dicta la baja a entrevistar y lamentablemente por pandemia se cerró el parto aymara en ruta. Sanarse se cerró por un tema de acceso de personas en el hospital. Ni siquiera los padres tenían acceso en pandemia para ingresar al parto. Entonces, lamentablemente y por todo este, todos estos tiempos de pandemias, ha habido solamente el parto hospitalario en domicilio.

Speaker1: [00:02:50] Y.

Speaker1: [00:02:51] No se realiza. En Chile está. Hay distintas agrupaciones de personal de salud que están como tratando de devolver algo a lo más natural. Pero por ejemplo, igual las usuarias sí tienen una cultura de parto en casa. Sí, pero acá tratamos de que de que no sea así, más que nada porque no hay personal para que acuda al domicilio ni apoyo. El parto.

Speaker1: [00:03:25] Entonces sí. Es hospitalario.

Speaker2: [00:03:29] ¿Y qué tipo de apoyo usted ofrece en los tiempos de embarazo y posparto?

Speaker1: [00:03:37] Esto en realidad para las personas migrantes son, bueno, te hablo de migrantes porque acá las pacientes son la mayoría migrante y por supuesto, de los pueblos indígenas. Si es igual a cualquier persona que acude a un centro de salud en Chile cuentan con los controles prenatales, exámenes, ecografías y atenciones con otros profesionales. Por ejemplo, acá hasta tienen la garantía de salud dental, nutricionistas, asistente social, psicólogo si lo requieran.

Speaker1: [00:04:23] Y.

Speaker1: [00:04:24] Si es que tienen alguna patología en el embarazo, especialistas en el hospital, cuando.

Speaker1: [00:04:31] Todo lo que es el preparto, el parto y el postparto inmediato. Y acá vienen a los controles, al control de la diada, que es el primer control. Luego seguimos en controles con si es que están con métodos anticonceptivos. Si en realidad es todo eso. También está el programa de protección hacia la infancia que ingresan todas las mamitas en el primer control de embarazo, que es el programa Chile Crece Contigo y este programa les entrega mucho beneficio a ambos en el proceso de embarazo y después ya cuando nace el bebé en el periodo de la infancia igual y materiales. Por ejemplo en estimulación está el programa de apoyo al recién nacido, que se da a todas las mujeres que tienen partos en el hospital, que entre eso está una cuna, por ejemplo, implementos y elementos para para la cuna, elementos de estimulación, cojines de lactancia, un paquete bien completo. Sí.

Speaker1: [00:05:45] Eso.

Speaker2: [00:05:48] ¿Y cuántas citas con la clínica son requeridas antes de un parto?

Speaker1: [00:05:53] ¿Cuántas citas? Si lo ideal es mínimo tres. Y entre lo ideal son siete controles prenatales por lo menos, pero así como mínimo sí deberían ser.

Speaker2: [00:06:08] Y después del parto, como tiempo posparto.

Speaker1: [00:06:13] En el tiempo posparto se hace una que es el control de la Diada. Perfecto.

Speaker2: [00:06:20] ¿Y qué opina usted del uso de episiotomía?

Speaker1: [00:06:26] Qué opino yo del uso.

Speaker2: [00:06:27] Si durante un parto.

Speaker1: [00:06:34] Yo opino que se debe usar solo cuando es necesario y de manera informada a la usuaria, porque.

Speaker1: [00:06:47] Si bien.

Speaker1: [00:06:49] En la practica la paciente no hay como una conversación previa con la paciente de decirle hoy en puede que sea necesario hacer un corte. Muchas veces se le avisa cuando la paciente está pujando porque ahí uno se da cuenta que necesita hacerlo, pero la paciente no está en su en sus cinco sentidos. Entonces bueno, siento que por un tiempo se ha abusado de esta, de este procedimiento y cada vez menos eso. Eso espero, sí, pero igual está ya en la conciencia de los profesionales de que de que es parte de la violencia obstétrica el no avisar que vas a mutilar un genital. No sé si eso sí, muchas veces es necesario hacerlo, pero con previo consentimiento sí.

Speaker2: [00:07:52] ¿Y qué opina usted sobre posiciones de parto como vertical, horizontal?

Speaker1: [00:07:59] Y bueno, yo opino que la mujer tiene que parir en la posición que ella guste a eso no hay una posición ideal, sino que dependiendo en cada mujer. Y en cuanto a la práctica. Y bueno, acá nosotros en la posta no atendemos partos. Sí, pero igual por lo que estuve pasando por ahí y ahí sí hay acceso a que la mujer pueda parir en sus diferentes posiciones. Pero sí siento que quizás no están muy informadas las mujeres en que sí pueden parir en otras posiciones, como que van automáticamente, no porque en verdad, porque no se les informa o no se les educa. Quizás en los controles prenatales que si puedan parir de otra forma, que las camillas del hospital están preparadas para utilizar otras posiciones. Y bueno, en el parto aymara, si no se ocupa la camilla ginecológica, entonces igual ahí se ve que en realidad el parto es menos doloroso. Es más, es incluso más rápido el periodo expulsivo.

Speaker2: [00:09:24] ¿Y usted puede hablar sobre su experiencia con la violencia obstétrica en su trabajo?

Speaker1: [00:09:34] Voy a preguntar sobre la violencia obstétrica en mi trabajo como matrona en general o aquí en la posta. Si es posible, los dos. Y yo siento que fui vi más violencia obstétrica como alumna cuando era alumna. Y ahí uno no tiene.

Speaker1: [00:09:56] Como.

Speaker1: [00:09:57] Como mucho empoderamiento para poder alzar la voz. Siento que como alumna en prácticas o en internados. Y sí, sí, en el hospital.

Speaker1: [00:10:16] Y en.

Speaker1: [00:10:16] El poquito tiempo que estuve. La verdad es que no, no hubo, no hubieron episodios que me acuerdo de bueno, me acuerdo de uno como bien fuerte, pero es como. Como no, no era, no era recurrente, al menos de parte de mis colegas, pero era un episodio de.

Speaker1: [00:10:40] De. No sé, fue como, bueno.

Speaker1: [00:10:45] Fue como.

Speaker1: [00:10:45] Muy.

Speaker1: [00:10:46] Muy extraño lo que pasó, pero era una mamita que estaba como que la habían visto, que como que lanzaba la guagua, como que la maltrataba un poco y a una colega y quedaba la.

Speaker1: [00:11:01] Grande y.

Speaker1: [00:11:03] Igual fue como un poco fuerte la situación porque igual la mamita yo me imagino que incluso puede haber estado con una depresión incluso postparto, que por ahí hay que entrar con más cuidado o más que con agresividad y violencia. Y la verdad es que aquí en la posta. No, no, no considero que haya violencia obstétrica. Así como haber pensando de manera bien autocrítica, siento que quizás podríamos mejorar en situaciones con empatía, pero no así. Violencia obstétrica como propiamente tal.

Speaker2: [00:11:49] Qué buena, sí. ¿Y qué opina usted sobre el concepto de sobre medicalización o como hyper medicalización? Como demasiado cosas o intervenciones médicos.

Speaker1: [00:12:08] ¿En el trabajo de parto? Dice usted. Bueno, yo opino que hay un tema de algo que se le conoce como manejo del trabajo de parto, porque las matronas estamos para acompañar a las mujeres en su labor de parto y no para y no para nosotros empoderarnos en ese trabajo de parto. Entonces muchas veces la matrona como que se empodera en ese trabajo y claro, empieza a medicar. Bueno, si bien hay una indicación médica detrás, las matronas no indicamos como cosas por nuestra propia idea, sino que es indicación médica, pero sí como que se siente que se abusa un poquito para que no se vea el proceso, sea más rápido, más corto. Igual se dice ah, pero es que así la paciente sufre menos tiempo. Sí y sí. Pero claro, hay una sobre medicación en trabajo de parto, siento que que, que es como para apurar los tiempos, para tener, porque igual muchas veces uno no tiene solamente una paciente, no puede tener diez paciente lleno y están todas, entonces ahí uno pierde un poquito el tema del acompañamiento y está más como vigilando, un poco más, más esquemático, menos sensible cuando pasan, cuando son muchos, no.

Speaker1: [00:13:38] Si es.

Speaker1: [00:13:40] Cuando es una sola paciente.

Speaker1: [00:13:41] Hoy ya.

Speaker1: [00:13:43] Si uno se da todo el tiempo para ella, la acompaña, le puede hacer masaje, lo orienta, pero eso pasa en los hospitales, que son muchos pacientes para pocas matronas. Entonces uno se mecaniza. Sí.

Speaker2: [00:13:59] Bueno. Y usted puede ver el impacto de la cultura machismo en las vidas de sus pacientes.

Speaker1: [00:14:07] ¿En la atención de las pacientes?

Speaker2: [00:14:09] Sí. O las vidas de sus pacientes.

Speaker1: [00:14:12] ¿A las vidas? Sí. Muy mucho. Sí, demasiado. Sin demasiado machismo. Acá en los valles está normalizado el machismo. Las mujeres acá casi no hablan. Si son muy calladitas.

Speaker1: [00:14:31] ¿Eh?

Speaker1: [00:14:34] Sí, sí. Se ve mucho el impacto del machismo acá en el país.

Speaker2: [00:14:40] ¿Y hay maneras en que impacta el empoderamiento en el tiempo posparto o embarazados?

Speaker1: [00:14:47] Totalmente, sí. Desde que no vengan a los controles o no se hagan los exámenes, o posterior a eso o previo a eso, incluso que estén embarazadas por un abuso o porque la persona con la que están no las autoriza usar métodos anticonceptivos. Etcétera. Un montón de cosas, sí.

Speaker2: [00:15:17] ¿Y a final, qué piensa usted sobre su propio sistema de salud? ¿Piensa que proporciona apoyo suficiente a las pasivas pacientes?

Speaker1: [00:15:28] Yo considero que sí, que el apoyo que. Que. Que. Que se le entrega ahí. Si, igual. Por supuesto que tiene deficiencia.

Speaker1: [00:15:42] Porque no, No.

Speaker1: [00:15:43] No te puedo mentir. ¿De qué? De que. De que funciona. Perfecto. Tiene deficiencias, pero hay cosas que faltan. ¿Cierto? En centros de salud más profesionales. Espacios que se le pueden brindar a los pacientes. Pero eso está como fuera de las manos nuestras, pero dentro de los que están en nuestras manos. Yo considero que. Que si.

Speaker1: [00:16:12] La verdad es.

Speaker1: [00:16:13] Que es harto.

Speaker1: [00:16:14] Lo que.

Speaker1: [00:16:15] Hacemos por los pacientes y los que se les entrega todo es procurando para que ambos tengan un parto exitoso. Las bogotanas en saludable, si bien somos como bien riguroso con.

Speaker1: [00:16:32] Para que.

Speaker1: [00:16:33] ¿La puntualidad y la responsabilidad de parte de ellos que son parte de sus deberes, por ejemplo, las distancias acá en el valle son como bien lejanas, las pacientes no tienen vehículo, la locomoción no es de fácil acceso, entonces ahí pasa de que pueden que lleguen tarde a la cita y ahí muchas veces no se le puede atender si llega muy tarde, por ejemplo, pero ahí como mitad y mitad no? Yo siempre les digo a las paciente mira todo esto, nosotros te lo vamos a entregar y te vamos a ayudar todo lo que está en nuestras manos, pero necesitamos que tú pongas de tu parte de que asistas a tus controles con puntualidad, te tomes los exámenes, sigan las indicaciones de matrona o de médico, porque al final es para que ambos tengan un parto y un nacimiento exitoso.

Speaker2: [00:17:28] Sí, perfecto. Estos son todos mis preguntas. Hay algo que quieres decir o no.

Speaker1: [00:17:35] ¿En algo que quiera decir?

Speaker2: [00:17:38] No hay presion.

Speaker1: [00:17:41] ¿Eh? A ver. ¿Eh?

Speaker1: [00:17:47] ¿No? Quizás comentar que siempre tratamos de empoderar a las pacientes. Esto que.

Speaker1: [00:17:59] Decías, no el empoderamiento. Que desde todos los ámbitos porque sí, aquí en las postas rurales las pacientes son diferentes, tienen mucha vulnerabilidad desde el acceso a la educación. Entonces procuramos empoderar las no de que con respecto al machismo, para que estudien, muchas veces vienen ellas ya directamente a trabajar, pero que logran identificar estas situaciones que que son nocivas para ellas.

Speaker1: [00:18:49] Sí.

Speaker1: [00:18:51] Que que pregunten, que alzan la voz, que no se queden con las dudas. Eso tratamos como de a poquito aportar un granito de arena a que estas mujeres se puedan desarrollar, puedan desarrollar muchas veces.

Speaker1: [00:19:14] E.

Speaker1: [00:19:15] Incluso ayudándolas a que planifiquen su su familia. O sea que no, no, si no se pueden tener más hijos, no se puede porque la situación económica no puede. Entonces mostrarles, guiarles de que igual se tienen que cuidar, que no, no podemos estar así como llenándonos de hijos, etc, Así que de todos lados tratamos de de empoderarlos de alguna manera.

Speaker1: [00:19:51] Es.

Speaker1: [00:19:52] Sí, Sí, sí.

Speaker2: [00:19:53] Perfecto.

Anexo E

Entrevista con la matrona del CESFAM Eugenio Petruccelli

Speaker1: [00:00:01] ¿Okay mi primer pregunta es Usted puede decirme más sobre su trabajo y su responsabilidad?

Speaker2: [00:00:10] Bueno, mi profesión es matrona ya más o menos con 13 años de experiencia aquí en el Centro de Salud Familiar en el que me desempeño, Soy la encargada del programa de Salud sexual y reproductiva, así que realizó labores clínicas y mucha labor de gestión. Entonces yo trabajo con las agendas de mis colegas. Manejo los números, las estadísticas y las prestaciones que debemos cumplir. También trabajo con la dotación de profesionales que necesitamos todos. Aquí hay promoción de muchas cosas. Qué bueno! Es un resumen de hoy.

Speaker1: [00:00:50] Sí. ¿Y qué tipos de pactos usted ofrece o apoya para mujeres indígenas o mujeres de fondos diferentes?

Speaker2: [00:01:01] Ah, ya. Bueno, nosotros acá en Arica nos caracterizamos por tener una alta población que se identifica con un pueblo originario, principalmente Aymara. Ahora los centros de Atención Primaria no atendemos partos, pero sí, sí porque nosotros atención primaria, pero nosotras sí controlamos el embarazo, o sea el control prenatal, y aquí recibimos pacientes que son de algún pueblo originario. Y si bien nosotras trabajamos en la parte medicalizada clínica, sí respetamos gran parte de sus tradiciones. Y acá no sé si usted conoce que hay una ley que se llama y dentro de esa ley de la protección de la infancia hay un programa que se llama Chile Crece Contigo, donde hay varias prestaciones que entregan todas las personas que se identifican con algún pueblo originario. Nosotros acá tenemos un material que incluso es para la embarazada, que va con enfoque a la etnia aymara y según las regiones del país también va para otras etnias. Hay una que es Mapuche y hay una que está en Rapa Nui. Entonces se hizo ese material con pertinencia a la interculturalidad. Ya acá nosotras también, por ejemplo, las educamos con algunas, por ejemplo las aymaras acá solicitan la entrega de la placenta ya en el parto, entonces nosotras la gestión la hacemos desde allí hacia el hospital para que ellas puedan

solicitar y también le hacemos un acompañamiento junto con una partera, ya la usuyiri, la señora Julia Huanca, que ya viene acá. Los controles prenatales las acompaña junto con nosotros, que es la parte más clínica y la parte más de la cosmovisión y su parto. En el hospital pueden optar a la sala de parto aymara le llaman, pero en realidad es una sala de parto natural, porque eso lo puede optar cualquier mujer donde se respetan ciertas tradiciones, ya no consumo de comidas, caldos ya aplicación de calor, de hierbas medicinales, eso existe en el hospital, pero con una preparación previa a en nuestros spa para el hospital. Sería muy interesante que fueras a verla en el hospital.

Speaker1: [00:03:15] En qué maneras estás trabajando para empoderar a las mujeres como durante el embarazo o posparto.

Speaker2: [00:03:21] ¿Durante el parto? Hay que empezar primero por los controles prenatales. El empoderamiento tiene que empezar desde ahí, generalmente a través de la educación. Nosotras acá desde un inicio, comenzamos a la mujer educandola sobre el parto. Normal que pierdan el temor, que también se empoderen, porque lamentablemente si acá en Chile ocurre que hay un estamento de médicos ginecólogos que de repente necesarias, se producen de forma innecesaria y eso también ocurre en otros países. Acá también se les realizan talleres de preparación para el parto. Ya a nosotras todas las semanas hay una colega que realiza talleres de educación durante todas las prestaciones, durante el parto, nutrición, preparación para el parto, la lactancia. Ya entonces nosotras le entregamos eso y el hospital también hace una visita guiada para que conozcan las salas de parto y parto, la sala de parto aymara, la sala natural, ya para que las chicas pierdan el temor. Esa es una forma que nosotros acá tenemos y obviamente nosotras estar llana a contestar preguntas, a acompañarlas durante todo el proceso. Nosotras vemos a nuestra gestante hasta las 39 semanas 40 y ya de ahí la vemos de vuelta cuando ya está con el recién nacido.

Speaker1: [00:04:46] ¿Cuántas citas con la clínica o el CESFAM son recogidas antes de un parto?

Speaker2: [00:04:53] Lo ideal es que sean seis, pero generalmente son más y así lo óptimo que. El programa indica durante el control prenatal que se hacen controles prenatales. Pero nosotras hacemos más porque al inicio son mensuales. Ya después de las 28 semanas comienzan a ser

cada tres semanas, después cada dos, cada una. Luego provee una cita, pero como te digo, no las dejamos ya de atender en el control prenatal hasta 39 40 semanas hasta el final.

Speaker1: [00:05:29] Y después de.

Speaker2: [00:05:30] Y después de eso, nosotros tenemos una trabajamos en red con el hospital. El hospital nos envía las altas de de todos los partos y acá tenemos una matrona que trabaja recepcionando esas altas y les agenda su hora para el control puerperio, control, puerperio y control del recién nacido que en su nombre Así es Control díada. El control díada atiende al recién nacido y a la puerperal ideal. Ojalá antes los diez días ideal. Ahora si se pasa unos días igual lo atendemos hasta los 28. Las matronas trabajan ya después de subir el control con médico, que es al mes y a los dos meses con la enfermera. Y así continúa el ciclo de controles del niño.

Speaker1: [00:06:18] ¿Y qué opina usted sobre el uso de episiotomía? Oh, sí. ¿Y en que instancias están practicando en un hospital?

Speaker2: [00:06:27] Sí, A ver, se supone que la episiotomía ya hace bastante, bastantes años. Sólo se debe realizar cuando es necesario. Sí, solo cuando necesario. O sea, si tenemos un parto. Una cabeza muy grande, ya que llevamos muchas horas pujando en situaciones especiales, se debiera realizar la episiotomía. Y así está descrito en las normativas del hospital. Ya.

Speaker1: [00:06:53] Hace unos años se.

Speaker2: [00:06:55] No era así. A todas las primi está ya, pero actualmente es solo cuando es necesario. Así ya sólo cuando es necesario. Y mi opinión es que es estrictamente necesario realizarlas, si no, no someter a la mujer, que probablemente va a tener problemas con el piso pélvico debido a una episiotomía.

Speaker1: [00:07:15] Sí, ya. ¿Y qué piensa usted sobre las posiciones de parto como vertical o horizontal?

Speaker2: [00:07:21] ¿En el santuario? ¿Qué cosa? ¿Perdón?

Speaker1: [00:07:23] La posición si.

Speaker2: [00:07:26] Debiese ser electiva, ya que la mujer decida en qué posición quiere tener su parto. Lamentablemente aquí en el hospital existe a ver como un tira y afloja.

Speaker1: [00:07:36] Ya sea.

Speaker2: [00:07:37] Porque en la sala de parto intercultural, que era la que yo te mencionaba, está para poder tener un parto en una cama. También está la silla de parto y también están los implementos para tener un parto vertical. Las camillas que existen en el hospital también se transforman. Las camillas en una sala tradicional también se transforman para poder tener el parto si la paciente desea tenerlo en cuclillas allá, pero es poco ofrecido. Si ese es el problema, es poco ofrecido, entonces al final se termina teniendo el parto en una posición ginecológica. Sí, ya, pero es que estar, las herramientas están.

Speaker1: [00:08:25] ¿Y usted quiere hablar sobre su experiencia con violencia obstétrica en su trabajo?

Speaker2: [00:08:31] Bueno, yo hace muchos años que ya no atiendo partos, pero en mi experiencia igual creo que vengo de una generación donde se empezó a implementar todo esto de Chile Crece Contigo y permitió que eso se fue disminuyendo. Ya no se practicaba el Christel. Sí, yo también parto en vertical. Atendí partos interculturales, ya tuve que aprender. He ido en disminución y creo que las nuevas generaciones cada vez observa menos. Pero si debo hacerlo. No sé si incluirme en el montón, pero que antes si se hacían maniobras o no se pedía la opinión de la usuaria o había cierta diálogos de maltrato por parte del profesional sin preguntarle tampoco, pero que sí ha ido mejorando. De hecho, salió una ley en Chile sobre la violencia obstétrica.

Speaker1: [00:09:25] Ya.

Speaker2: [00:09:25] Pero creo que vamos mejorando.

Speaker1: [00:09:33] Y usted puede ver el impacto de la cultura machismo.

Speaker2: [00:09:37] Ah, bueno, aquí en Chile le ha costado avanzar en cuanto a eso. Ahora, lo positivo es que cada vez observamos que en el control prenatal asisten hombres acompañando a sus mujeres. Ya si eso ya es muy bueno. Y lo otro que también nos ha llamado la atención es que también están viniendo hombres al control del niño o niña, que eso tampoco antes se veía. Ahora también creo que ha ayudado, que nosotras hemos incorporado y hemos invitado a la pareja, tanto a los controles prenatales, a las ecografías, a los talleres y después para que continúen con el niño. Eso ha cambiado y la que está permitido, que entren al parto ya. Lamentablemente en Pandemia eso se tuvo que disminuir, pero ahora se retomó. Ya, pero creo que aún falta ya. Si nos ponemos a hablar de anticoncepción, por ejemplo, ahí vamos un poco atrasados. Ya hace hace poco se incorporó. ¿No sé, aquí nos vamos a salir un poco el tema del parto, pero hasta hace poco recién se incluyó dentro de las prestaciones del Fondo Nacional de Salud que Fonasa la vasectomía hace poco cuánto? ¿Dos años? Recién, entonces ahí hablamos de machismo porque había una inequidad en cuanto a la anticoncepción para los varones, no es cierto, pero también creo que vamos mejorando. Ya falta más educación y creo que debiese partir desde la casa de la familia y obviamente los recinto educacional y nosotros acá ya el control excepcional que nosotros también realizamos aquí que es para la preparación de antes de que se embarace, se prepare la mujer, también estamos incorporando los hombres, es importante que los papás también se preparen. Ha costado, pero ya han llegado algunas consultas, ya han llegado. Antes no se veía ninguna, así que puedo decir que también vamos mejorar.

Speaker1: [00:11:35] Sí. ¿Y has visto las diferencias entre el apoyo familiar para sus pacientes indígenas y no indígenas?

Speaker2: [00:11:44] No hay diferencias. No no. Aquí la verdad es que estamos acostumbrados a atender pacientes que se identifiquen con algún pueblo originario. ¿No muchos, siempre,

porque como te digo, acá tenemos una alta población aymara, no? Yo no he notado diferencia en su atención y ni tampoco yo que evalué el trabajo de mis colegas, nunca he tenido reclamos por eso. No, no.

Speaker1: [00:12:10] ¿No Y qué usted piensa sobre su propio sistema de salud? Piensa que ha proporcionado apoyo suficiente.

Speaker2: [00:12:21] ¿A los pacientes? Creo que aún faltan cosas por hacer. Creo que también el tema de los recursos siguen faltando. No estamos tan mal como era hace unos años. También vamos.

Speaker1: [00:12:38] Mejorando.

Speaker2: [00:12:40] Pero creo que aún nos falta más por hacer. Ya no falta más por hacer falta, sobre todo este tipo de centro, porque si es un centro de atención primaria nos falta un poco involucrarnos más en la comunidad. Estamos todavía muy sumergidos en la asistencial. Creo que también falta un poco más salir ya porque somos un centro de salud familiar ya, y que vayamos más trabajando en un enfoque más integral del usuario, no solamente lo que vemos ahí, sino que lo que hay detrás, porque probablemente la enfermedad viene de lo que lo rodea, de si tiene una buena casa, si su trabajo, eso ya el concepto de enfermedad un poco más lleva lo biopsicosocial y hasta lo ecológico. Creo que eso falta todavía un poco más trabajarlo ya, pero también lo guapo. Estamos en ello, en ello, sí.

Speaker1: [00:13:38] Muy bien. Estos son todos mis preguntas. ¿Tienes algo para decirme?

Speaker2: [00:13:43] ¿Eh? A ver, que la carrera que nosotros desempeñamos en Chile, si bien no está en todos los países, creo que debieran imitarla porque por lo menos acá causó un gran impacto, sobre todo en la salud de la mujer. Es un inicio porque de hecho incluso las matronas, el programa en que trabajamos era de la mujer y ahora sea de salud sexual y reproductiva y los números avalan nuestra función. Acá en Chile tenemos una buena tasa de una muy baja tasa de morbimortalidad perinatal y aquí no se mueren los niños ni las mujeres en el parto. Es muy raro,

muy raro que ocurra eso. El embarazo patológico es detectado a tiempo ya también la anticoncepción que la manejamos nosotras también logró que la mujer. Ya no tuviera tantos hijos, ya bajó la tasa de natalidad debido a eso, entonces causa impacto. Ya es una carrera muy bonita, muy bonita y que si uno la realiza con vocación de servicio la va a disfrutar. Y ahí trabajar con niños, bebés, mujeres y hombres también. También vemos hombres. ¿Ha costado que lleguen? Pues la pregunta anterior que hiciste, pero cada vez empiezan a consultar más ya en prevención de VIH, eso también lo vemos nosotras ya si recién necesitas otra información.

Speaker1: [00:15:06] Si no, bien sí, muchas gracias ya.

Anexo F

Entrevista con una madre Aymara

Speaker2: [00:00:08] ¿Cuántos años tiene usted?

Speaker1: Tengo 35.

Speaker2: ¿Y usted es aymara o no indígena?

Speaker 1: Aymara

Speaker 2: ¿Y cuántos hijos tiene usted?

Speaker 1: Dos.

Speaker 2: ¿Y qué tipo de parto tenía usted?

Speaker 1: [00:00:28] Parto Aymara. A por los dos. Si. Pero con el primero, no creé incluir el parto Aymara.

Speaker 2: [a fotos de hijos] Sí, Son preciosas. Me encanta. Sí.

Speaker1: [00:00:50] ¿Puedes describir un poquito más sobre su experiencia con sus partos?

[00:00:53] Primero por mi cultura. Me agrada el volver a las raíces. Siento yo estoy muy orgulloso de mi cultura y siento que tenemos mucho conocimiento que en su momento. No se reconoció. Pero somos nosotros mismos los que podemos reconocer nuestros. Por ese punto es que yo siempre recurro a la medicina aymara. O a lo que son los procedimientos Aymara. Creo que las parteras tienen conocimiento y a parte eso tienen más humanidad. Y por eso punto Eso tiene más. Hace poco quise siempre tener con todos los hijos. En este caso con los dos.

[00:01:42] El de. Para mí el conocimiento de.

Speaker2: [00:01:49] Que es, por ejemplo.

[00:01:53] Más que la que tienen las matronas en el momento.

Por ejemplo, cuando yo estaba en el labor de parto la matrona le hicieron tactos y me dijeron en ocho horas. ¿Os acordáis? Y la partera no me hizo tacto vaginal. Solamente tacto por la embarazo, por la guatita, y me dijo en tres horas.

Speaker1: [00:02:22] ¿En tres horas?

Speaker2: [00:02:26] Tuve la guagua en tres horas. Eso para la medicina occidental y con las matronas era peligroso porque cuando en un momento ellas, como ellas pensaban que me faltaba ocho horas, me dejaron sola y la matrona era la que estaba, la que se devolvió a ayudarme porque ella sabía que en tres horas más iba a tener mi bebé. De hecho, cuando ella llegó, mi bebé estaba saliendo. Pero estaba sola, sin atención de matronas ni doctores. Finalmente la que reciba a mi bebé era la partera. Pero el conocimiento que ella tenía, ella estaba segura de que en ese tiempo iba a salir. Entonces yo me siento yo me sentí con mi hijo y con mi hija más segura con una mujer o conocimiento conmigo todo el tiempo. Por esta razón que yo siempre, o sea, a todas las personas les digo que que opten por esta modalidad.

Speaker1: [00:03:37] ¿Qué tipo de apoyo le ofrecieron los médicos o matronas cuando estaba embarazada? Como citas de médico...

[00:03:48] Para las citas mensuales. Pero el programa de 4.º [inaudible] que tenemos acá en Chile y también hace que yo vaya a mis controles con mi partera acompañando. Entonces yo tenía las citas mensuales con mi matrona.

Pregunta: [00:04:15] ¿Y después de su parto en el tiempo posparto se tenía citas con una partera también?

[00:04:25] No, la verdad no, porque la partera que atendió mis controles no fue la misma partera que al final me ayudó a dar a luz. Pero como ya había pasado por el proceso anterior. La partera que me ayudó a dar a luz, yo ya la conocía. Pero está este tema de que las parteras que están que pueden asistirnos por el servicio de salud chileno, tienen diferentes dependencias. Entonces por el sector donde vives va a cambiar este tema de que si te toca con ella o te. Me gustaría que hubiera más posibilidad de elegir a la persona. Pero si aún así.

Speaker1: [00:05:12] ¿Y qué tipo de apoyo le ofrecieron su familia o comunidad durante su embarazo?

[00:05:23] ¿Durante. La gestación¿

Speaker1: [00:05:26] Y su tiempo embarazado.

La verdad es que yo no tengo muchas redes de apoyo, pero en la comunidad aymara como yo lo he visto con mi prima, el apoyo que se le da a una mujer de tres meses. La madre de la persona que se queda tres meses con en ella, cuidando de la madre para que la madre pueda criar y cuidar del hijo. Porque no, es la verdad. Es muy difícil cuidar. De ambos, cuidarnos a nosotras mismas y cuidarnos a través. Y en nuestra cultura siempre está presente la madre para cuidar de la hija, para que la hija pueda luego. Siempre es así en comunidad. En mi caso fue distinto. [inaudible].

Desde ahí se rompe eso me dan más ganas. De decirle así como a la comunidad que se siga haciendo así es muy, muy importante.

Speaker2: [00:06:33] Quizás a veces. A veces podría decir que nosotros no nos damos cuenta de eso.

Speaker2: [00:06:39] Pero cuando lo vemos de afuera [inaudible]. Me doy cuenta de que es importante.

Pregunta: ¿Usted sintió como tenía libertad durante su embarazo y su parto y los meses después? ¿Cómo control de su cuerpo y su experiencia?

Madre: Con mi primer embarazo sentí más libertad, con mi segunda hija, no tanto porque era un poco más complicado. Quizás fue la edad y porque ella era un poco más grande. Entonces tenía que tener más cuidado y más reposo. Pero con mi hijo me sentí más libertad y que físicamente podía yo. Pero después de que nació mi hija. Ahí ya sentí todas las libertades y con ella la posteaba como tradicionalmente la hacemos. Y también robar un poco de lo tradicional y el actual. Entonces la volteaba de las dos formas, la tradicional, que es como ven el aguayo y la actual que es con los portabebés y los. Los primeros. Sí. [inaudible]

Speaker1: [00:07:59] Pero entiendo si.

Speaker2: [00:08:00] Todos los que son de tela y los que son mochilas.

[00:08:04] Así. Se llama todos los primeros. Sí. Sí. Y lo de las mochilas, que ya son ajustables y son más de trekking, entonces igual esto es por lo mismo. Es de la cultura que siento que mi bebé va a crecer mejor conmigo. Estando cerca. Y de hecho, si lo pongo como prueba yo creo que efectivamente es así. Los niños tienen otra forma de ver la vida cuando van porteados. Tiene más seguridad. Crecer con baja autoestima. No sé si es un festival, pero sí sé que no tiene que. Este post ha tenido [inaudible].

Pregunta: ¿He sentido como tenía la libertad para elegir qué pasó durante su parto? ¿Como las posiciones que tomó, etc?

Con la partera, si, y con la matrona no. Hay una ley que no me deja tener mi bebe en mi casa. Tengo que irme sí o sí al hospital. Y eso limita porque el hospital a veces no tiene todos los recursos que necesita. Por lo menos para el parto aymara. O sea, están otros recursos para el parto. Por ejemplo, están las anestесias y todo, pero no están todos los recursos para el parto. [Inaudible], las sillas para tener otras posiciones. Hace que se distinga el parto en el hospital.

Pregunta: ¿Si existe la libertad para elegir, usted prefiere tener un parto en su casa?

Madre: [00:10:21] Así no se puede. Por ley no se puede. Si las mujeres que están gestando en pueblo, en su ciudad, en su territorio, en pueblos fuera de la ciudad, tienen que ser traídas de ambulancia. Desde los [inaudible]. En otras partes que no sean el hospital. A veces te digo esto porque a veces las mujeres tienen a su bebé en las abuelas. Porque con la distancia.

Pregunta: ¿Qué piensa usted sobre el sistema de salud para mujeres embarazadas en Arica? ¿Piensa que hay apoyos suficientes?

Madre: En realidad están estancadas [inaudible] [...] Hay avances como Chile Crece Contigo [...] está hablando de una maternidad [...]. En parte porque que las profesionales son motivadas y ellas [...] ayudan a las mujeres a que puedan pasar una maternidad más tranquila. Una maternidad acompañada. Sí, pero no se dan en todos los servicios de salud. Afortunadamente yo sí estuve en uno de estos en este servicios donde me ayudaron a fomentar esta maternidad. Cómo se dice. Pero la lactancia materna. No, no tanto la fórmula. Yo aún mi hija tiene cuatro años y. Pero. Pero ya no tanto como. Pero fomentando este tema del apego y que en su momento ella va a dejar [...]. Porque con mi primer hijo no me pasó igual. Mi primer hijo. No me sentí obligada, pero me sentía [...]. Engañada por el servicio de salud cuando. Cuando le empezaron a dar fórmula solo porque sí. La he sentido un poco engañada. Pero ya era algo que. No tenía en ese momento. Después con mi segunda hija ya pude tener más información. Con ella hice otro tipo de maternidad. Mi hijo tiene 12 y mi hija tiene cuatro. Entonces tienen un lazo. En el que yo

elegí ser madre de mi segunda hija. Ahora tengo la noción clara de que la maternidad de [...]. Porque al principio, cuando mi enfoque no fue buscar [...]. Pero estoy como en esa posición clara de que tenemos que desear la maternidad para poder criar de mejor manera, con más conciencia y sin tanto prejuicios como la depresión posparto y otras cosas que pueden pasar en el transcurso de la maternidad.

Pregunta: ¿ De donde usted aprendió sobre procesos de factor? Es su familia o la escuela...

Madre: [00:14:14] Primeramente en mi familia. Yo vi cómo mi madre, después de que mi madre daba a luz en casa. He querido volver a mi [inaudible]. Yo me planteé que tantas generaciones las mujeres han podido tener a sus hijos sin tanta intervención quirúrgica, médicas. Si es algo natural. ¿Por qué no puedo? Hacerlo natural. Si. Y me propuse eso porque. Yo siento más confianza en mi cultura. Que yo sé que la ciencia [...] pero también es cierto que también se. Hay que reconocer. Y dar la vuelta a esto, a estas técnicas que tenemos ancestralmente.

Pregunta: ¿Y es lo mismo con la educación sexual?

Madre: Yo tengo un, creo que el tema de la educación a tener una mente más abierta en el tema de la educación sexual. Claro, porque no se conversa mucho como Aymara para eso. Si en la educación se. Porque es un poco más difícil. Si lo desenvolvemos, por ejemplo puede ser en la cordillera donde hace mucho frío. Nosotros generalmente no [inaudible]. Como mi percepción de que crecemos como más inocentes hasta que llegamos a una edad donde ya son las hormonas. Te hacen sentir otras cosas. Entonces no se habla tanto sobre esto. Bueno, es la percepción que yo he visto como en mi comunidad. Así que se habla cuando, ya, cuando ya. Como el proceso de bloquear el proceso de buscar pareja es como que. Hoy se habla más de sexualidad. En este caso estamos en un mundo más moderno y lo entiendo. Estamos como en su ciudad. Entonces yo sí tengo la noción de que tengo que explicarle a mi hijo que ya tiene 12, que está entrando en la preadolescencia. De todo proceso de sexualidad, pero es como es que estamos abriéndonos a eso por el cambio que hemos sufrido de la cultura que éramos, a la cultura que estamos ahora entrando. Que él decida que ya hay diferentes tipos de culturas.

Pregunta: ¿Y en qué manera usted puede ver los impactos del machismo en su vida? ¿O en su cultura, su vida?

Madre: Algo como la diferencia en nuestra cultura es como se llama, Chacha-Warmi, que es mujer y hombre y es una dualidad. ¿Entonces en nuestra cultura no hay como una superioridad. Es tal que trabajamos como pareja. De algo, el otro hace otra cosa para hacer una tarea con la dualidad. Entonces mi infancia. No la vi. No vi tanto el machismo. Cuando vi esa, volví a la ciudad. Fui, como entre comillas, por decirlo así, víctimas aquí. Sí, lo sentí [inaudible]. Cuando yo me vuelvo o cuando yo veo más el machismo en mi vida, fue cuando me embarqué de mi hija y cuando. Porque hoy ya teniendo una hija mujer empezaron todos mis miedos y todas las cosas que yo pude haber vivido. Y que no quiero que [inaudible]. En mi infancia, no la viví con el tiempo, sino que la soltaba como si. No era algo que directamente me había golpeado. Muy duramente. Pero sí. Por ejemplo, cuando un hombre trata de decirte algo que no. Si es cierto que eso nos pasa a todas. Pero lo vivimos fuertemente y ahora es una lucha que. Que no voy a dejar que ella sea una idealista.

Pregunta: ¿Y mi pregunta final es cómo usted define empoderamiento, en cuáles maneras usted se siente empoderada?

Madre: Yo creo que desde mi embarazo. Me empecé a empoderar desde no [inaudible] cómo vivir mi embarazo y después con la maternidad y no dejar que me dijera. Cómo criar. Porque yo ya sentí como mis ideas claras de la maternidad que quería llevar. Siempre tratando de ser respetuoso conmigo, con mi hijo, con mi hija, con mi. Desde ese mismo punto. Me ayudó a apoyarme en el empoderamiento, en más cosas de la vida. De demostrármelo. Por ejemplo, yo con mi hija de seis meses. Yo hice un curso de maquinaria pesada. Ella iba conmigo los seis meses a todas las clases y nos titulamos juntas. Pero fue un tema de empoderamiento y de sentir que el nombre de mi hija no me estaba deteniendo. Aún sigo siendo mujer y aún puedo hacer las cosas. Si quieres un poco la pandemia, me quito eso. Pero lo estamos recuperando. Pero es de ahí. Es si yo no hago algo que las dañe o los daño a ella y puedo hacerlo con ellos [inaudible]. Pero yo, sabiendo eso, puedo empoderarme. En mi caso de madre.

Anexo G

Entrevista con la kinesióloga de Madre Nativa

Speaker2: [00:00:03] Si mi primer pregunta es. ¿Usted puede decirme más sobre su trabajo y su responsabilidad diaria?

Speaker1: [00:00:12] Claro, Yo soy kinesióloga de profesión y soy especialista en embarazo y posparto y y pisopélvico. Ehm. Yo formé una consulta para el particular acá en la región de Arica, para poder entregar los conocimientos de movimiento de la pelvis y del piso pélvico para el parto.

Speaker2: [00:00:41] Si bien, perfecto. ¿Y por cuántos años usted ha trabajado en esta posición?

Speaker1: [00:00:48] ¿Para el año 2015? O sea cinco, seis. Ocho años. Hace ocho años. Llevo ocho años acá y desde hace ocho años trabajo como kinesióloga. Soy instructora de yoga prenatal. Entonces he estado siempre como buscando acompañar a la gente. Sí.

Speaker2: [00:01:09] Sí. ¿Y qué tipo de apoyo usted ofrece en los tiempos de embarazo y postparto para mujeres?

Speaker1: [00:01:19] Yo trabajo desde la rehabilitación de las patologías asociadas al embarazo, que pueden ser normalmente dolor lumbar, dolor pélvico o dolor pélvico, y luego la preparación para el parto o la actividad física prenatal. Cuando ingresan al inicio de su embarazo, entre las semanas 12 y 14 ingresan a un programa de actividad física donde se mantienen los niveles también de glucosa. Analizamos su presión arterial y que estamos al tanto de cómo va su cuerpo y fortaleciendo su cuerpo para luego prepararnos al parto. Desde la semana 30 en adelante hay un programa de preparación al parto donde abordamos piso pélvico, reconocemos los movimientos de la vagina de contracción y relajación, libero la musculatura intra vaginal con maniobras de terapia manual o se las enseño a ellos para que lo puedan hacer a sí mismas o su pareja. Y preparamos el cuerpo para flexibilizar la pelvis, para poder parir. Y realizó un taller de preparación al parto en pareja donde enseñó al compañero o a quien vaya a estar con ella durante el proceso para que sea un acompañante efectivo que pueda hacer técnicas de manejo del dolor,

no farmacológicas, para que conozcan las vocalizaciones, el pujo, las posturas que pueden utilizar durante el trabajo de parto para abrir la pelvis en distintos momentos. Y el momento del parto.

Speaker2: [00:02:56] ¿Y para clarificar, eres doula también o no?

Speaker1: [00:03:01] No tengo la certificación de doula como tal, pero al parecer sí, sí, sí lo soy, porque acompaño acompañada a las chicas en el proceso de sus casas y me he ido con ellas hasta el hospital. Y antes de pandemia yo podía ingresar al hospital o a la clínica con ellas y estaba con el acompañamiento continuo. No ingresaba como una profesional kinesióloga, sino como su amiga para porque el proceso de acompañamiento durante todo el tiempo finalmente nos une mucho y y estos conocimientos han sido Ya he acompañado 34 partos durante todo el proceso. Sí.

Speaker2: [00:03:45] Sí, Qué.

Speaker1: [00:03:46] ¡Increíble! Como era un plan inicial. No, no fue mi primer plan, pero luego.

Speaker2: [00:03:53] Sí. ¿Qué buena? ¿Y qué tipos de partos apoya para mujeres indígenas como partos interculturales o partos médicos?

Speaker1: [00:04:08] Nunca he acompañado en espacios interculturales, solo mujeres como de Arica o en realidad mujeres que muchas veces no tienen red porque son también de afuera de otras regiones y son partos que de inicio fisiológico. En donde no hay intervención todavía médico y el acompañamiento es en sus casas. Ese es su espacio de confort hasta poder observar una fase activa de trabajo de parto y normalmente acompañada de una matrona, puede ir a hacer la valoración a la casa. Y acá en Arica no está, no existe una matrona para hacer partos en casa. Debe haber una legislación que hay mujeres matronas que se especializan en partos en casa, toman un diplomado y se especializan en ello. Pero es que en Arica no hay ninguna matrona que

tenga esa especialidad. Por lo tanto, lo más que podemos hacer en casa es llegar a la fase activa unos seis centímetros de dilatación y con ello nos vamos a la clínica o al hospital.

Speaker2: [00:05:18] Qué interesante. ¿Y sabes cuántas citas con la clínica son requeridas antes de parto para las pacientes?

Speaker1: [00:05:28] ¿Me puedes preguntar nuevamente, por favor?

Speaker2: [00:05:30] ¿Si, cuantos citas con la clínica son requieridas antes de un parto para una paciente?

Speaker1: [00:05:37] El sistema público y el sistema privado se manejan de manera diferente. En el sistema público tienen cuatro atenciones ginecológicas, seis atenciones de matrona y controles. Son tres exam tres como controles de exámenes. No sé como dividirlo porque sería cómo es claro, porque también hacen ecografía. Entonces eso no sé si va dentro de las atenciones ginecológica o aparte, ahí no lo tengo muy claro, pero para el sistema privado la verdad es que depende del ginecólogo. ¿Algunas veces acá podemos ver que solo por lo lamento decir esto, pero por dinero las clásicas muchas veces y todas las semanas y es como por qué todas las semanas? ¿Entonces en el sistema privado no hay una regulación, sino que es cuanto lo estime conveniente y como es un sistema pagado algunas veces no? Personalmente no entiendo muy bien porque están que vayan todas las semanas si no hay riesgo, obviamente cuando hay riesgo asociado, por supuesto, pero ahí va a depender de los tiempos de los ginecólogos también. Actualmente nos cita muy seguido porque tienen muchas pacientes, entonces acá hay muy poca cantidad de profesionales, muy pocos y todos están con la agenda full. Entonces a raíz de eso las atenciones deben ser también unos cuatro controles mínimo prenatales.

Speaker2: [00:07:08] Perfecto. ¿Y qué opina usted en el uso de episiotomía, como se dice? Sí, exactamente.

Speaker1: [00:07:19] Cuando desde la clínica el uso de la episiotomía siempre va a ser un factor de riesgo para tener alguna patología del piso pélvico. Cualquier lesión en el periné siempre va a

ser una razón para que la musculatura interna pierda su función y tenga que rehabilitarse. Eso es siempre y desde lo que ocurre localmente. Se utiliza muy de rutina hasta el día de hoy hay equipos médicos que lo hacen sí o sí sin una razón como yo no soy obstetra, pero tengo muy claro que para hacer una episiotomía como clínicamente recomendaba, es porque la piel de la pelvis del piso pélvico de periné está muy distendida y como una maniobra excepcional se realiza. Pero no es el caso. Hay equipos médicos que siempre, siempre, siempre su estadísticas. Puedes solicitar las estadísticas de episiotomía por los equipos médicos. Sería muy interesante para nosotros tenerlo, así que sería muy bueno. Sí, y me atrevería a decir que hay equipos que el 100% de sus pacientes tienen episiotomía. Y lo peor de esto es que ellos no se hacen o no hay una continuidad de mandarlas a rehabilitar la musculatura y luego muy prontamente las mujeres tienen patologías de piso pélvico, incontinencia, debilidad muscular, prolapso.

Speaker2: [00:08:45] Muy interesante. ¿Qué opina usted sobre posiciones de parto como vertical o horizontal?

Speaker1: [00:09:01] Yo por mi, por mi trabajo, soy pro parto vertical. Creo que la posición del parto de manera fisiológica y necesita una libertad de movimiento en la pelvis. Por lo tanto, lo que te permite la libertad de movimiento es una postura vertical asimétrica. Normalmente, entonces necesitas bastante espacio. Lo más complejo para lograr esa postura en el sistema actual de nosotros acá en Arica y que no tenemos camillas que lo permitan y son camillas muy pequeñas, o sea, no permiten la libertad del movimiento, son muy inseguras. Entonces la opción de, por ejemplo, estar en el suelo no es opción porque no es higiénico, entonces finalmente es como la única opción que les dan. Es una postura dañina, donde las piernas están hacia arriba y el sacro con un bloqueo cierto, un bloqueo en el sacro. Y por supuesto eso tiene todas las consecuencias que provoca la aumento de presión abdominal, el bloqueo en el sacro que impide la apertura y no muchas veces necesitan la episiotomía porque hay un bloqueo de balanza, así que es como una cascada de intervenciones que finalmente a usa de la posibilidad de esto fisiológico natural que no termina siendo.

Speaker2: [00:10:23] ¿Y los partos verticales son apoyados en los hospitales en su experiencia o no?

Speaker1: [00:10:28] No, es difícil. Por ejemplo, como yo trabajo con las chicas para preparar un plan de parto, nosotras pedimos. Hay una sala en el hospital que está en una camilla que se donó hace años atrás. No tengo muy claro cómo es una donación o se compró y es una camilla más ancha, que es de parto vertical, que está en un box en específico. Prácticamente no la usan, o si la usan quizás no usan todos los elementos que tiene. Y cuando yo he tenido que acompañar a las chicas o pedirles que hagan un plan de parto, les pido que indiquen por favor usar esa camilla y muchas veces no lo hago. No la tienen o no les dicen como usarlo, no les colocan todos los elementos. Y cuando yo he acompañado partos verticales en el hospital ha sido todo un revuelo. ¿Todo no? ¿Pero cómo que va a pasar y no va a tener? ¿Y yo pregunto tranquilos, cómo va a estar todo bien? Están muy asustados. Siempre, siempre es todo un problema. ¿Cómo vamos a morir? No sé, hay que pensar qué va a pasar. Entonces los protocolos de los centros de salud aquí son muy estrictos, impiden que haya como una flexibilidad. Hay equipos de trabajo, sobre todo hace unos años atrás, que peleaban por ello y incluso hoy yo creo que no tenía muy buena recepción por el hospital, pero ellos lograban que mujeres pudieran parir en la posición que quisieran. Tenían un banquito para ponerse en posición de cuclillas. Ellos. Ellos gestionarán esta camilla que te cuento que está en un box, parece que en el box tres si todavía es así. Pero así como muy específicamente, porque como las otras son muy pequeñas, yo siempre les digo que pregunten por esa labor y no, no son apoyados. Hay que estar como obligando a que reconozcan que uno sabe que eso es posible. Y luego como bueno, bueno, ya, pero siempre llevándolas a acostarse a la cama.

Speaker 2: [00:12:28] Sí, y usted puede hablar sobre su experiencia con violencia obstétrica en su trabajo.

Speaker 1: [00:12:37] Sí. Sí. Ha sido como la razón por la que soy parte de una organización Madre Nativa. Nace a raíz de la experiencia. Yo no he parido ni he abortado nunca. Entonces no, no son experiencias vividas por mí, sino que ha sido lo que yo he podido ver en todas mis mujeres que he acompañado em desde lo verbal. Las verbalizaciones disminuyen con las mujeres con las que yo he estado, porque son mujeres que tienen educación superior, que se han informado y con ello disminuyen las verbalizaciones negativas como violencia obstétrica, pero

han existido igual. O sea, pese a eso, igual pasa, quizás en menos medida, pero desde lo físico. Mucho, muchísimo. Ahora estoy con una de mis amigas que acompañó en su parto y recordaba yo la vez pasada que nos fuimos, que llegamos al hospital con junto con ella y ella estaba vocalizando y vinieron cuatro enfermeras, matronas y la tomaron de los pies para levantarla y botarla al suelo para ver si estaba pariendo y nosotros no, no, no en una camilla y corrí como peleando como una y ella no recuerda eso. Ella me acuerdo porque la maravillosa oxitocina lo borra todo, pero nosotros nos acordamos de eso y y fue bueno una de las primeras veces que yo me encontré con eso y no hoy día, pensaría que habría hecho otra cosa, que habría denunciado o habría tomado algunas otras medidas. Pero luego sí, siempre fue ocurriendo. Por ejemplo, un quizás son actos de violencia que son menos visibles, pero el hecho de que no haya todo el personal o el equipo médico para atenderlas.

Speaker 1: [00:14:29] La última parto que acompañé no, no el último. El penúltimo. Llegamos a la clínica y estaba con ocho centímetros de dilatación manejando el dolor con movimientos y de repente dice no, no hay pediatra, nos tenemos que ir de urgencia al hospital porque como no hay pediatra no se puede recibir el bebé aquí. Y tuvimos y le tuvieron que bloquear a su bebé para que el bebé no saliera e irnos en una ambulancia contra el tránsito para llegar al hospital. ¿Bueno, finalmente ingresó ella a pabellón y el y el anestesista la vio vocalizando nuevamente y la dijo oiga, para qué grita tanto? Y ella lo dijo fuera de mi parto. Y el salió y ella tuvo su bebé sin anestesia, sin nada y un parto maravilloso al final. Pero después de pelear con todo el mundo y de haber tenido muy malas experiencias. ¿Qué más? Bueno, en la última, el último parto que acompañé, llegamos a la clínica con nueve de no,8 de dilatación también entró. ¿Ya eran ocho, nos tocaron nueve, entra la pareja de ella y cuando sale él me dice solo pasó una cosa rara, me dice yo qué cosa? Que el médico cuando estaba cosiendo un punto de la episiotomía le dije la voy a dejar como más joven.

Speaker2: [00:16:04] Y.

Speaker1: [00:16:04] ¿Él como y yo qué? Y me dice Sí, eso me dijo, yo no como entonces iba todo bien, hicimos todo en la casa. ¿No tuvo ninguna intervención, eh? Fue trabajo de parto perfecto, llegamos muy bien, pero pos un médico dice como eso y es como siempre, pueden

romper el momento, siempre pueden. Entonces bueno, yo me he vuelto muy crítica del sistema porque lo vivo con mis pacientes, entrenarlas para algo también las tengo que entrenar para las peores situaciones, como que su pareja siempre tienen que estar cerca, que el acompañamiento continuo es muy importante para evitar las violencias y, y bueno, a eso me he dedicado.

Speaker2: [00:16:53] Y ha notado diferencias en el trato de sus pacientes indígenas y no indígenas como aymaras, sino aymaras.

Speaker1: [00:17:01] Yo no he trabajado con pacientes aymaras, no he tenido pacientes indígenas por eso. No, no te podría compartir información. Quizás Karina tiene más info. Sí, tenemos experiencias de algunas mujeres que han, pero no las he vivido yo, como atendiéndola, así que lo siento, no tengo información.

Speaker2: [00:17:25] ¿Y usted puede ver el impacto de la cultura machismo en las vidas de sus pacientes? ¿Pacientes?

Speaker1: [00:17:33] Absolutamente. Yo. Yo hoy día que por. Yo soy feminista, absolutamente. Y dentro del feminismo el reconocimiento de las violencias es súper claro. Es como ver un dibujo animado. Sí, sí pasa, pero un dibujo animado y darte cuenta. ¿Sabes lo que son dibujos animados como cartoons y como decir oh, qué terrible era lo que yo veía era muy machista, sabes? Entonces yo creo que ya mi ojo logra ver con una forma diferente. Entonces sí, es muy claro para mí la violencia de género, por ejemplo, el hecho de que las mujeres tengan que entrar solas y que el hombre no sea incluido dentro del proceso de parto y del cuidado de ese bebé. Nos pone a nosotras como únicas cuidadoras. Y este machismo de ustedes son las responsables de alimentar, de cuidar, de cambiar el pañal y no esté el compañero hombre presente. Porque bueno, no, no sé, no es incluido ahí. Para mí es el primer acto de violencia machista y patriarcal sobre nosotras y sobre las maternidades, al hacerles ver que son las únicas responsables del cuidado de este ser, cuando eso es insostenible. Luego, obviamente, los procesos de crianza, los tiempos de trabajo y de la visibilización del cuidado como un acto de amor y no como un trabajo propiamente tal. Muy, muy, muy importante que merece valor y pago por sobre todas las cosas. Y bueno, eso desencadena también la recuperación postparto, o sea, la posibilidad de que una

mujer se recupere de su postparto de manera física se vincula profundamente a la posibilidad que tiene de un de personas que pueden también cuidar a su bebé, porque si no, el cuidado solo y profundo del bebé impide que su recuperación física sea la adecuada, tanto desde la vía sexual como muscular. Si.

Speaker2: [00:19:36] ¿Y qué piensa usted sobre el sistema de salud en el que trabaja? ¿Es suficiente para apoyar a los pacientes o no?

Speaker1: [00:19:45] No, yo yo considero que el sistema de salud está absolutamente deficiente en el área donde yo trabajo. Ni siquiera existe. No existe. Mi expertise no existe en el sistema público, no existe acá en Arica una persona que pueda consultar por una patología de piso pélvico y tengo una rehabilitación en el sistema público. No, no hay, no hay ningún especialista, solo tenemos dos especialistas actualmente en la región, en el área y las dos trabajamos en el sistema privado. Por lo tanto es dejar a un grupo gigante de la población a más del 50% de todas las mujeres o personas que tienen útero. Ciertamente pierden toda posibilidad de reconocimiento de su cuerpo de rehabilitación de del conocimiento. Se nos limita a al descubrimiento de este cuerpo con las pocas experiencias que tenemos desde el área de la del piso pélvico, el reconocimiento de nuestro cuerpo y el movimiento de la pelvis. De esto yo atiendo solo dos veces a la semana, o sea, yo atiendo el 0,001% de la población chilena, o sea trigueña, muy poquitas. Tengo 15 pacientes mensuales, no atiendo más. Entonces es muy poco lo que yo puedo abordar desde el área. Como de voluntariado es Madre Nativa, tenemos cupos para atención, pero es profundamente deficiente. Sí, muy deficiente. Sí, sí.

Speaker2: [00:21:22] Y estas son mis preguntas. Hay algo que quieres decir o está bien.

Speaker1: [00:21:27] ¿No agradecerte por tu interés? Creo que me encantaría leer cuando ya tengas todo tu estudio listo y quieres más información, siempre contáctame. Y bueno, para mí, la experiencia local ha sido lo que ha permitido mi trabajo. Yo trabajo independiente. Entonces esta necesidad que existe no solo para mí, es como un año de trabajo, sino que también es mi mucha pasión y espero que sea para todos. O sea que se diría o que se quisiera pensar que la necesidad o visibilizar la necesidad de el del conocimiento del piso pélvico, de conocimiento de

nuestro cuerpo, de la autogestión, de nuestra salud, va a ser la clave para permitir que nosotras seamos más autónomas y que no tengamos enfermedades en el futuro.

Speaker2: [00:22:15] Sí, es mi pasión también. Entonces me encanta aprender más sobre eso. Sí, muchas gracias.

Speaker1: [00:22:21] Bueno, mucho. Esto es muy bien. Cualquier cosa. Me puedes llamar.

Speaker2: [00:22:25] Muchas gracias.

Speaker1: [00:22:27] Chao. Chao.