



**UNIVERSIDAD  
MIGUEL DE CERVANTES  
Escuela de Psicología**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD EN INMIGRANTES HAITIANOS  
QUE SON USUARIOS DE CENTRO SALUD FAMILIAR (CESFAM) DE LA COMUNA DE  
SAN RAMÓN**

**Profesor Guía: Cristián Codecido Geell**

**Alumno : Carlos Angulo Winther**

**Chile - Santiago, Diciembre 2019**

## **Agradecimientos**

A Alhelí Celeste, mi hija, que me apoyo con su energía, esperanza, y entusiasmo para que concluyera y materializara el presente estudio.

## Índice General

Agradecimientos.....	3
Abstrac.....	6
Resumen.....	7

## Capítulo I. Introducción

1.1 Introducción.....	8
1.2 Justificación.....	9
1.3 Planteamiento del Problema.....	15
1.4 Pregunta de la Investigación.....	23
1.5 Objetivos de la Investigación.....	23
1.5.1 Objetivo General.....	23
1.5.2 Objetivos Específicos.....	23
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	24

## Capítulo II. Marco Teórico

2.1 Definición Enfoque Teórico de Representaciones Sociales.....	26
2.1.1 Enfoque teórico comunicacional de las Representaciones sociales.....	27
2.1.2 Teoría de las Representaciones Sociales.....	29
2.1.3 Formaciones de las Representaciones Sociales. ....	32
2.1.4 Funciones y procesos de las representaciones sociales.....	32
2.2.2.2 Definición del modelo Biopsicosocial.....	39

2.2.2.2.1 Las Representaciones Sociales a nivel funcional.....	39
2.2.2.2.2 Representaciones sociales de la Salud.....	40

### **Capítulo III. Marco Metodológico**

3.3 Enfoque Teórico Metodológico.....	44
3.3.1 Metodología de Análisis.....	49
3.3.2 Procedimiento de Muestreo .....	50
3.3.3 Técnica de Recolección de datos .....	52
3.4 Criterios de Rigor Científico.....	52
3.5 Consideraciones Éticas.....	65

### **Capítulo IV Resultados y Análisis de Resultado**

4.1 Resultados.....	56
4.2 Análisis de Resultados.....	57

### **Capítulo V. Conclusiones y discusión de resultados**

5.1 Discusión.....	65
5.2 Recomendaciones.....	66
5.3 Sugerencias.....	70
5.4 Conclusiones.....	73

**Capítulo VI. Referencias**

6.1 Referencias..... 71

ANEXOS ..... 77

## **Abstract**

The purpose of this research is to know the Social Representations about Health in the Haitian immigrant population that is a user of a Family Health Center (Cesfam) of the San Ramon Commune.

The investigation on the subject is developed within a qualitative approach, since it is centered in examining values, beliefs, attitudes, perceptions, for which the appreciations expressed by the immigrants will be collected by means of the accomplishment of semi-structured interviews, and then, following the design of the methodology of analysis of content, the information is analyzed and codified in a new narrative structure for its later interpretation, that is going to allow to know how they mean and give sense to their social representations of health.

In this way, what the present investigation looks for is to know an approximation towards the phenomenon of the Social Representations of health in Haitian immigrants who are residents in a commune of high social vulnerability, as it is San Ramon that allow through this investigation to harness the interculturality between natives and immigrants in terms of mutual knowledge.

The results denote a serious complexity in the processes of adaptation that in some elements is highly traumatic, due to interculturality that makes invisible the immigrant producing in them situations of depression and low self-evaluation that makes more difficult their social insertion. Recommendations are suggested according to the new information produced.

**Keywords:** Social representations, health perception, Haitian immigrants, gender differences, family health, cultural myths.

## **Resumen**

La presente investigación tiene como finalidad el conocer las Representaciones Sociales acerca de la Salud en población inmigrante haitiana que es usuaria de un Centro de Salud Familiar (Cesfam) de la Comuna de San Ramón.

La indagación sobre el tema se desarrolla dentro de un enfoque cualitativo, ya que se centra en examinar valores, creencias, actitudes, percepciones, por lo cual las apreciaciones expresadas por los inmigrantes se recogerán mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, y luego, siguiendo el diseño de la metodología de análisis de contenido, se analiza y codifica la información en una nueva estructura narrativa para su posterior interpretación, que va a permitir conocer cómo significan y dan sentidos a sus representaciones sociales de la salud.

De este modo, lo que busca la presente investigación es conocer una aproximación hacia el fenómeno de las Representaciones Sociales de la salud en inmigrantes haitianos que son residentes en una comuna de alta vulnerabilidad social, como lo es San Ramón, que permitan por medio de esta investigación potenciar la interculturalidad entre nativos e inmigrantes en términos de conocimiento mutuo.

Los resultados denotan una grave complejidad en los procesos de adaptación, que en algunos elementos es altamente traumático, debido a interculturalidad que invisibiliza al inmigrante produciendo en ellos situaciones de depresión y baja autovaloración que hace más difícil su inserción social. Se sugieren recomendaciones de acuerdo a la nueva información producida.

Palabras Claves : representaciones sociales, percepción de salud, inmigrantes haitianos, diferencias de género, salud familiar, mitos culturales .

## **I. INTRODUCCION**

### 1.1 Introducción

El presente estudio es una investigación respecto de las Representaciones Sociales de la salud en inmigrantes haitianos que son pacientes de un Centro de Salud Familiar (Cesfam) de la Comuna de San Ramón.

El fenómeno de la inmigración tiene antecedentes históricos en casi toda la región de América Latina, señalado como un movimiento de características sociales, económicas, sociales, que se desplaza por la mayoría de las fronteras en busca oportunidades de desarrollo para el mejoramiento de sus condiciones de sobrevivencia. Es una población multirracial, que se expresa en una variedad de etnias, idiomas, culturas, y que quiere enraizar en un territorio que le brinde posibilidades de desarrollo social.

En Chile se han instalado inmigrantes en diferentes regiones y comunas en busca de un espacio que les ofrezca tres cuestiones básicas: oportunidades para trabajar, derecho a la educación y el acceso a la salud. En el caso de cumplir con esas metas y expectativas el inmigrante establece y crea raíces multiculturales que enriquecen potencialmente la interculturalidad entre nativos y inmigrantes.

La población haitiana posiblemente sea la más vulnerable puesto que presenta baja calificación laboral, estudios incompletos, deficiente educación técnica y universitaria, dificultades para integrarse por las complicaciones del idioma, patrones culturales que no se ajustan a la norma de la cultura nativa, problemas de salud previa y posterior a la inmigración en patologías complejas que fueran a la exclusión y la incivilización.

Los procesos de adaptación cultural son difíciles para esta comunidad provocándoles a un sector de su población una serie de trastornos psicológicos que van de cuadros de depresión, estrés, hasta patologías que requieren tratamientos especializados. Además el sistema público sanitario cuenta con una insuficiente capacidad en el área de la salud mental para atender este tipo de población.

La atención en salud primaria que recibe la población de inmigrantes haitiano presenta una serie de sesgos en cuanto a que no se cumplen la mayoría de las expectativas.

En estas relaciones subyacen fenómenos que no se hacen explícitos sino que se encubren tales como problemas de racismo, estereotipos, resistencia ante el inmigrante



que se le visualiza con prejuicio, como un desconocido y extraño, invisibilizado mediante visiones ingenuas, que naturalizan conductas de rechazo, de aversión y que levantan murallas invisibles que patentizan la diferencia y la exclusión de los espacios públicos.

Para la presente investigación, se ha considerado un grupo de haitianos que reside en la Comuna de San Ramón, de la Región Metropolitana, en condiciones de extrema vulnerabilidad, en cuanto a que la mayoría está cesante o con trabajos de enorme precariedad por los bajos ingresos que residen, lo que ha llevado a esta población y a hacer uso de los servicios sanitarios de la Comuna para poder hacer posible una atención básica en salud.

Esta población por sus características socio económicas y psicosociales es clasificada como vulnerable, ubicándose en el índice de estratificación social, en el quintil I y II, que se clasifica como de extrema vulnerabilidad social, por tanto, el sistema de atención de salud primaria está en la obligación de otorgarles subsidios y prestaciones en casi toda la línea de la atención asistencial.

El propósito de esta investigación es explorar y describir las representaciones sociales de los inmigrantes haitianos que son pacientes del Centro de Salud Familiar (Cesfam), para conocer cuáles son sus creencias, valores, opiniones, creencias con respecto a su percepción de la Salud.

Mediante el presente estudio para el cual se eligió un diseño de investigación cualitativa se exponen las razones de por qué vale ejecutar un trabajo de este tipo, indicando, por lo mismo, que la inmigración es un fenómeno relevante y que requiere información pertinente y actualizada, sobretodo, teniendo en consideración, que el proceso inmigratorio se desplaza a todo lo largo del país presionando de diversas demandas al aparato público que tiene respuestas insuficientes institucionalmente.

Por lo tanto, se pretende describir el fenómeno de las Representaciones Sociales de la salud en un grupo de haitianos que son pacientes de un Centro de Salud Familiar (cesfam) de una comuna popular de la Región Metropolitana. De tal modo, de poder dar cuenta con esta investigación de las percepciones y actitudes tanto manifiestas como latentes que surgen de un proceso comunicativo e intercultural que se realiza en un centro sanitario. Araya (2002) hace la afirmación de cómo se confiere significado al objeto representado, con relación al sentido que se le otorga a la representación.

En el planteamiento del problema se mencionan los antecedentes históricos y sociales del problema, los procedimientos institucionales, estudios científicos, que permiten conocer la problemática.

Finalmente, se fijan las limitaciones de la investigación, que sólo alcanzan a cubrir un mínimo de la población inmigrante haitiana, que son personas que se atienden normativamente en el centro de salud familiar

## **1.2 Justificación**

El fenómeno de la inmigración en Chile tiene su origen en una amplia apertura hacia el mercado mundial – y especialmente latinoamericano – debido a los veintiuno tratados de libre comercio que tiene suscrito el Estado con el mundo, además de la confluencia migratoria que genera un país abierto al mercado internacional, por lo tanto, existe una libre importación de mano de obra barata, tanto calificada como no calificada, para los procesos productivos y de servicios que requiere el país, en cuanto a que para el modelo de desarrollo económico y social es cada vez es más necesario enfrentar la demanda por la competencia de altas cuotas de productos al mercado mundial exigidos con una mano de obra de bajo costo que genere rentabilidad y permita que el país cumplir con las cuotas que le demanda el intercambio comercial.

Cabe señalar, además de lo descrito, que Chile para suplir el envejecimiento de la población – entre varios requerimientos nacionales – debe abrir sus fronteras para contratar mano de obra y cerebro inmigrante para cubrir los fondos de pensiones de los futuros jubilados (das) De tal manera, que la inmigración de población Andina, caribe, Latina, en general, le procura al país la producción de una alta riqueza en un porcentaje no menor que se relaciona con la producción per cápita del país, que beneficia tanto a los empresarios como al Estado. Al respecto Arango (2004) afirma que la inmigración se ha convertido en el principal componente del crecimiento de la población, se suscita frecuentemente la pregunta de si tales países la inmigración es susceptible de sustituir un crecimiento vegetativo desfalleciente y de frenar el envejecimiento de la población. En otras palabras, ¿Es la inmigración alternativa a la baja fecundidad y antídoto o remedio contra el envejecimiento de la población?

En consecuencia, el tema de la migración en Chile, es una situación que cada vez toma más relieve en la agenda pública, llegando a plantearse a nivel de política Nacional una Ley especial que regule la entrada al país de población inmigrante. En materia de

Salud para los para inmigrantes existe un cuerpo legal (Ley de extranjería 1975) que no responde integralmente a la movilidad humana y que sólo decreta aspectos muy generales en cuanto a la recepción de inmigrantes en Chile, pero, sin embargo, se están haciendo esfuerzos para intervenir el fenómeno desde el sector público enmarcado en un enfoque de derechos humanos y obligado por los tratados suscritos por Chile ante la comunidad internacional.

En relación a esta materia legal Rojas y Silva (2016) afirman que La ley de Migraciones en Chile está contenida principalmente en el Decreto Ley 1.094 del año 1975. Este decreto Ley nace en contexto de dictadura militar, por lo que fue concebido bajo una lógica de seguridad nacional que, entre otras cosas, otorga excesiva discrecionalidad a la autoridad, especialmente de frontera, para el control de la entrada y salida de personas.

Por lo tanto, y ante la masividad de miles de nuevos inmigrantes que cruzan las fronteras del país, -que en su gran mayoría son de una población socialmente vulnerable, carenciada -, que demanda de parte del Estado de Chile la otorgación de derechos sociales tales como trabajo, vivienda, salud y educación, para poder establecerse en términos de lo que exigen los tratados internacionales a cuanto a la protección y resguardo que implica el cuidado de la dignidad de la persona en concordancia con los convenios internacionales de los Derechos Humanos.

A nivel de Gobierno local, - que es el lugar en donde se sitúa territorialmente la presente investigación - , la Municipalidad, en este caso, no cuenta con una cultura pública que sea receptiva a la población inmigrante en situación de vulnerabilidad social. Las políticas públicas comunitarias de salud son insuficientes ante la alta demanda de atención, no se cuenta con un sistema educativo que imparta una formación técnica intercultural para el personal (trabajadores de la salud) que atiende a inmigrantes, y junto con todo lo señalado, además, deben hacerse cargo con sus magros recursos para atender una población vulnerable que se suma a la población vulnerable Chilena que ha llegado casi a colapsar el sistema de Salud Primaria. Por tanto, ante una irrupción incontenible e impactante de demandas cuantitativas por salud se producen una serie de fenómenos sociales que tensionan las relaciones entre las poblaciones de inmigrantes, poblaciones nativas y los trabajadores de la salud que atienden estas instituciones públicas.

Los Centros de Salud Familiar (Cesfam), como tales, son las instituciones de salud pública Municipal, que atienden población vulnerable, acotada en una estratificación social distribuida entre los quintiles I – II, por lo tanto, la población inmigrante Haitiana recibe una atención básica en un sistema de salud que tiene menos una finalidad curativa y más la promoción y prevención de la salud en una población comunal de bajos ingresos que está en proceso progresiva de inclusión social a través de las políticas públicas de salud de inclusión social enmarcadas en el modelo biopsicosocial que es el enfoque y modelo que representa una nueva concepción de la salud en tanto un representación social del estado subsidiario.

Cabe mencionar la importancia que tienen los factores subjetivos en estos nuevos procesos de inmigración que tienen relación con la adaptación intercultural, en donde son cruciales los conocimientos de las Representaciones Sociales, para conocer los procesos perceptivos y actitudinales que deben reacomodarse y ajustarse ante las nuevas realidades que afrontan particularmente los inmigrantes, lo que tiende a generar una intensa dinámica social que se caracteriza por su movilidad y cambio constante en relación con los contextos socioculturales, provocando, por lo mismo, muchos efectos estresores que afectan la salud física y mental de la población migrante en su esfuerzo por adaptarse a la nueva sociedad.

A la población de inmigrantes Haitianos , en alguna medida y de forma sistemática, les son impuestas las condiciones socioculturales del espacio público, además de las institucionales, los que en alguna medida tendrán incidencia subjetiva en un modo especial de visualizar, concebir, valorar los fenómenos que son imbricados en la manera de adaptarse a las nuevas formas de construcción identitaria que implica adoptar patrones culturales inéditos que se deberán ajustar a las costumbres, hábitos, prejuicios, subjetividades, valores, que deberán anclarse y objetivarse en nuevas Representaciones Sociales en el lugar en que tendrá que desarrollar su nueva vida social, proceso que no deja de ser complejo y tensional para el inmigrante Haitiano, y por ende, de alto impacto en los factores subjetivo sociales..

Estos procesos de ajuste social y de conformación de un nuevo núcleo figurativo conllevan diferentes grados de conflictos de adaptación que se producen en la población Haitiana al tratar de integrarse de manera obligada a las nuevas comunidades locales

nativas, en donde se producen roces interculturales por el desconocimiento mutuo de las diferentes representaciones sociales de las diversas culturales interactuantes en el espacio público. Cabe agregar, también, que la comunidad local, pero fundamentalmente los trabajadores de los servicios de salud, presentan problemas de adaptación para comprender una nueva interculturalidad que implica aceptar e integrar nuevas representaciones sociales de la salud que le son desconocidas, y por lo mismo, asumir las representaciones sociales del inmigrante con respecto a sus propios valores y códigos de la salud, lo que conlleva a una resistencia o cambio de actitud respecto de una receptividad abierta ante un inmigrante que se establecerá como un elemento subjetivo permanente del contexto social.

En el presente estudio se pretende explorar y describir las Representaciones Sociales de la salud que poseen los inmigrantes de origen Haitiano, que se manifiestan en actitudes y percepciones que se expresan en sus comportamientos habituales, ya sea como grupos e individuos de la población inmigrante que se atiende por demandas permanentes de salud en el Centro de Salud Familiar CESFAM, lo que tiende a provocar en algunas ocasiones situaciones de tensión en los modos de comunicarse, suscitando, en algunos momentos, reacciones que bordean el maltrato, la negligencia, y que pueden desembocar en abusos de poder hacia la población migrante Haitiana de parte de algunos trabajadores de la salud, sea por desconocimientos de sus códigos lingüísticos y/ o prejuicios sociales.

Por lo tanto, resultará significativo conocer aquellos aspectos de las representaciones sociales que subyacen latentes en algunas confrontaciones a nivel de las percepciones y actitudes de los inmigrantes Haitianos que se explicitan en sus comportamientos sociales y que son desconocidas o encubiertas por la necesidad de adaptarse a los procesos de convivencia social que exigen los protocolos dominantes que funcionan en los mecanismos sociales de la ideología tecnocrática dominante en el servicio público de salud primaria.

Se trata, por ende, de distinguir las representaciones sociales de la población Haitiana en relación con sus representaciones de salud que se expresan a través de sus ideas, emociones, sentimientos, posturas, gestos, conductas, las que se expresan cotidianamente en actitudes y percepciones larvadas o manifiestas que son posible de detectar en un espacio físico – en este caso un Cesfam – que por sus características

socioculturales y sanitarias es un espacio de encuentro necesario para desarrollar diferentes niveles de comunicación que dicen relación con los problemas de salud.

La atención en salud de inmigrantes Haitianos es un fenómeno socio-sanitario que presenta varios sesgos producidos por las diferentes formas de interacción simbólica que se dan en las relaciones comunicativas y dialógicas entre inmigrantes, usuarios nacionales y trabajadores de la Salud. En estas relaciones subyacen fenómenos encubiertos que no se hacen explícitos como problemas de racismo, xenofobia, resistencias, estereotipos, ante el desconocido y extraño, que son sesgos generados por visiones ingenuas, que naturalizan conductas de rechazo, de aversión al inmigrante y que levantan lenguajes simbólicos, murallas invisibles, que patentizan la diferencia y la exclusión de los espacios públicos.

Por lo tanto, conocer desde un enfoque teórico de las representaciones sociales los modos de percepción y actitudes de los inmigrantes, funcionarios públicos, beneficiarios nativos, facilitará, en algunos aspectos, tomar conciencia de los sesgos que están obstaculizando y desvirtuando el Derecho Humano a la Salud del migrante, comprendido éste como un derecho consagrado por la legalidad Chilena e internacional, en la que especifica que los inmigrantes y los connacionales tienen igualdad de derechos con respecto a la Salud es un paso importante para disminuir las brechas sociales. Pero, también, se permite conocer aquellas valoraciones implícitas que no se condicen con aquellas que se hacen explícitas, sean éstas de rechazo, estereotipos, etnocentrismo, descuido, entre varias, lo que naturaliza unos comportamientos sociales que discriminan y estigmatizan a las personas de condición migrante que forzosamente buscan resolver en la institucionalidad pública sus problemas de atención en salud. Además, de lo señalado, es importante conocer la perspectiva y cosmovisión de cada grupo de inmigrantes que dicen relación con sus representaciones sociales para lograr una mejor calidad de inserción en la sociedad nativa.

Con esta investigación de carácter exploratorio de esta envergadura, con este nivel de envergadura con respecto a las representaciones sociales de la Salud de los inmigrantes Haitianos, que recoge una información de primera línea, debido a la insuficiente evidencia científica de estudios en esta área de la salud comunitaria, debiera existir, por sus resultados, un beneficio tanto para la población inmigrante de la

Comuna de San Ramón, - formada por individuos y grupos que se atienden en Cesfam de la Bandera, independientemente de sus status legal migratorio - , como también para el personal de salud ( administrativos, médicos, paramédicos, psicólogos, trabajadores sociales, técnicos sociales y estudiantes en práctica) quienes en conjunto podrán acceder a una información que puede tener efectos, como un insumo cognitivo de primera mano, para mejorar la construcción de un espacio simbólico que facilite espacios de interacción positiva, significativa, en que se apliquen efectivamente los derechos humanos en Salud, en la perspectiva de reconocer que la inclusión social es un proceso complejo, donde la migración se trata de un proceso cargado de implicaciones subjetivas, sociales, comunicacionales, psicosomáticas, más todavía cuando hay en la base previa del inmigrante un origen de historias de vida afectadas de inequidad y marginalización, que requieren cuidados y atención preferente, por consiguiente, los aspectos relacionados con la percepción y actitud en tanto representaciones sociales son a tener en cuenta al hacer un abordaje a un tipo migración sin precedentes en la sociedad Chilena.

### **1.3 Planteamiento del Problema**

El grupo objetivo de investigación es una población de inmigrantes haitianos. Está población inmigrante está en calidad de paciente de los servicios de salud primaria, en este caso, en el contexto de un centro de salud familiar (Cesfam) que se ubica en una localidad de alta vulnerabilidad social.

La lógica del servicio de atención primaria de salud presenta dificultades para ajustar a esta población inmigrante a los requerimientos del proceso psico-socio-normativo de atención de salud primaria, por la escasa adaptación estructural a este tipo de paciente, en términos de no entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano del paciente haitiano

El núcleo central del problema está en el insuficiente conocimiento de las Representaciones sociales de la población inmigrante haitiana con respecto a la salud física, psicológica, cultural, estilos de vida, vicios, pensamientos, imágenes, mentales, opiniones, lenguaje), por tanto, en el desconocimiento de los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas de estas personas inmigrantes.

Esta situación produce sentimientos, percepciones, impresiones e interpretaciones arbitrarias que pueden sea manifiestas, veladas, latentes por parte de funcionarios de la

salud primaria, ocultándose , habitualmente, como una justificación generalizada, que se pone por delante, que las dificultades del idioma haitiano hacen compleja la comunicación interpersonal entre pacientes y funcionarios,

Lo que conlleva a generar algunas tensiones de índole psicológica en la interacción intercultural entre pacientes y funcionarios del sistema de atención primaria, afectando, los niveles de comunicación interpersonal que pueden desarrollar un clima de visiones confrontacionales a medida que se tensan y escalan los conflictos por las diversas interpretaciones en tanto ambiguas, paradójicas, confusas, prejuiciadas, ambivalentes en la relación de paciente a funcionario o viceversa.

Lo que provoca en la población haitiana cuadros de estrés, depresión, deserción del sistema, baja adhesión al tratamiento, no seguir prescripciones médicas ni psicológicas, sentirse excluido y discriminado, percibir actitudes racistas, entre varios, como un significado negativo que asignan a sus experiencias en el proceso de interacción con el contexto de atención prima

La inmigración es un fenómeno mundial que no solamente sucede en la actualidad, sino que a lo largo de toda la historia de la Humanidad, sea por catástrofes naturales, guerras, nuevas oportunidades económicas y desarrollo de las personas en otras latitudes geográficas. Es en alguna medida un fenómeno que tiene relación directa con la globalización, con los nuevos ejes de poder mundial, que implican el desplazamiento de millones de personas en búsqueda de un futuro que les permita vivir en mejores condiciones de vida.

En la evolución que ha tenido el concepto de salud, a la luz del derecho internacional, en la actualidad, y como un eje clave, éste representa socialmente la migración como un determinante social de salud, es decir, se le ha dado la categoría de Derecho Humano, que para ser efectiva esta movilidad migracional respecto a la salud es condición que se conciba esta migración como un derecho humano que tiene toda persona para el cambio de lugar geográfico para su manutención o sobrevivencia.



Desde la perspectiva de la salud , una migración realizada de forma ordenada , contando con condiciones básicas y la adecuada regularización del estatus migratorio, puede resultar en mejores condiciones ambientales, mayor acceso a servicios y mejores condiciones de salud (...) la migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud, siendo las condiciones encontradas durante el proceso migratorio las que pueden exponer a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural. Según Cabieses B, Bernal M, McIntyre AM. (2017)

Latinoamérica, en cuanto continente, no es una excepción a este fenómeno de la inmigración mundial, menos en un mundo articulado y globalizado, por lo tanto, vive un acelerado proceso de migración que por razones económicas o problemas de enfrentamiento o guerras civiles cambia las coordenadas demográficas. Las fronteras de los diferentes países son presionados por masivas olas de inmigrantes que buscan establecerse con la finalidad de obtener condiciones mínimas de subsistencia o mejorar en alguna dimensión su calidad de vida. Por tanto, el fenómeno de la interculturalidad es una situación que obliga a revisar las políticas públicas para de alguna manera contener esta inmigración masiva dentro de algunos marcos legales, para evitar la introducción del narcotráfico o de conductas antisociales.

Obviamente, y en relación a lo planteado, esta situación ha tocado las fronteras de Chile con miles de inmigrantes que ingresan diariamente al territorio nacional. El país, en términos interculturales, no se encuentra preparado para estos nuevos procesos de inmigración, que, en la mayoría de los casos, son inmigrantes que salen de sus países de origen por razones de subsistencia y crisis extremadamente graves en sus economías. Son población social carenciada, vulnerable, que abandonan sus naciones en busca de nuevas y mejores condiciones de vida. Para este tipo de inmigración la salud juega un papel fundamental, pues con estas nuevas poblaciones inmigrantes llegan nuevas costumbres sanitarias, que, muchas veces, no se correlacionan con las normativas y servicios locales de Salud.

Por consiguiente, la sociedad Chilena está viviendo un progresivo y complejo proceso de inmigración que está llegando a nuestras fronteras desde países Latinoamericanos, Asia. (Haití, Colombia, Perú, Bolivia, Argentina, Siria, China) Para este nuevo fenómeno social no se cuenta con la suficiente infraestructura, marcos legales, puestos de trabajo, cultura adaptativa , que permitan absorber las demandas que esta

inmigración implica para una nación que presenta niveles desiguales de desarrollo en lo económico, educacional. Científico.

El trazado de las redes migratorias de la población latinoamericana se ha configurado en la última década, hacia países de supuesta prosperidad. Las barreras migratorias y los controles fronterizos del norte global han generado nuevos movimientos inmigratorios hacia y entre países de América Latina, donde, entre muchas otras, se consolida la construcción de una red sur-sur, especialmente de mujeres y hombres afrodescendientes del pacífico Colombiano que se desplazan forzosamente hacia Chile, cruzando las múltiples triples fronteras materiales y simbólicas que a su paso se va dibujando en un largo corredor migratorio andino, que algunos llaman el corredor de la muerte ( Echeverri , 2016)

Uno de los temas más neurálgicos es lo relativo a los aspectos sanitarios, en términos de que los servicios de salud públicos, es que presentan graves deficiencias, en cuanto a falta de profesionales, medicamentos, horas de atención, programas psicoeducativos, entre varias falencias y limitaciones, lo que genera una gran presión sobre estos servicios. La mayoría de población inmigrante es de bajos recursos socioeconómicos, por lo tanto, no tiene otra alternativa que recurrir a este sistema de prestaciones sanitarias, compitiendo con la población nativa por esas prestaciones de salud primaria. Además de lo anterior, existen seis condiciones que limitan el acceso a Salud Pública y Sanitaria, como un no manejo óptimo del lenguaje y de los códigos locales; el personal médico, profesionales de las ciencias sociales, técnico y administrativos tienen un bajo conocimiento de los derechos del inmigrante; desconocimiento de las realidades sanitarias de los lugares de procedencia de los inmigrantes; bajos hábitos de asistencia preventiva de los inmigrantes; diferencias idiomáticas y culturales del contexto local; prácticas discriminatorias por parte de funcionarios, usuarios nativos y personal médico .

En la comuna de San Ramón existe una población inmigrante – cuyo promedio de edad es menor a 45 años - que presentan problemas de vivienda, trabajo, educación y salud. Existen además graves problemas de hacinamiento, cesantía, micro tráfico, alcoholismo. .La mayoría de esta población se atiende en los Centros de salud Familiar (Cesfam), a los que ingresa con la cartola de registro social de hogares que les proporciona un porcentaje de vulnerabilidad, pero, en el caso de los inmigrantes, hay protocolos especiales, que los atiende gratuitamente por ser inmigrantes en situación de

vulnerabilidad, recibiendo todos los beneficios sociales que reciben los usuarios nacionales

La salud de la población más joven se encuentra muy amenazada, por una parte por las condiciones socio-sanitarias y acceso precario a la educación y, por otra, por la exposición a la violencia urbana y doméstica, sufriendo problemas de los más diferentes tipos, tales como enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, drogadicción, entre otros, generados principalmente por las intensificación de las migraciones hacia los grandes centros urbanos. Según Sebastiani, Pelicioni y Chiattonne (2002)

Las actitudes son evaluaciones de cualquier aspecto del mundo social. A menudo las actitudes son ambivalentes – evaluamos el objeto de la actitud tanto positiva como negativamente (...) las actitudes se adquieren del aprendizaje social. De acuerdo con Robert A. Baron, Donn Byrne.(2005)

Esta población inmigrante viene de países en los cuales existes otros códigos sanitario, otras falencias socio-sanitarias, otras enfermedades ( algunas casi erradicadas del Chile, por ejemplo, la lepra u otras epidemiologías)) a pesar que la OMS dicta el marco de las normativas en salud pública como un Derecho Humano, sin embargo, no se cuentan con los recursos o estos son insuficientes, escasos , de tal modo, se introducen en un sistema de salud como el de Chile que presenta graves carencia estructurales, además de la propia idiosincrasia en que se maneja como sistema, en términos de asistencialismo. Estas personas inmigrantes son atendidas en los centros de salud familiar, que son para población vulnerable, en diferentes programas de atención primaria que aplican promoción y prevención de la salud, lo que se presenta en atención de madres embarazadas, Programa de control de la Natalidad, Programa de apoyo al recién nacido, Programa de apoyo al desarrollo psicomotor, procesos de vacunación, atención en salud a los niños, niñas y adolescentes de hijos de inmigrantes y actividades psicoeducativas para la salud.

Entre las varias y complejas dificultades que deben enfrentar están, por ejemplo, las barreras del idioma, sobretudo en población de origen Haitiana, por tanto, implica un problema para la comprensión y entendimiento entre el inmigrante y el trabajador de la salud que los atiende, además de los códigos culturales con respecto a la valoración de la salud relacionada con las representaciones sociales. Agregando, además, mitos, prejuicios, ideas preconcebidas. Por otro lado, no se cuenta con personal especializado

que haga de mediador tanto por razones de traducción como de códigos culturales y lingüísticos, situaciones que implican malos entendidos, confusión, situaciones degradantes muchas veces para el inmigrante. La información pertinente no siempre llega a las personas que atienden a los migrantes en los centros comunitarios de salud. (Disposiciones y reglamentos específicos para atención de inmigrantes). Un sector de esta población de migrantes está en Chile en situación irregular, sin visa o sin documentos, sin permiso de residencia, sin visa de trabajo, lo que se interpreta como que éste es un ilegal lo que es atentatorio a los derechos humanos.

Los inmigrantes Haitianos que son atendidos por las prestaciones de salud del APS son población calificadas de socialmente vulnerable que cuentan con un bajo nivel educativo, bajo nivel económico, bajo nivel de ingresos; status migratorio indocumentado; uso y abuso de alcohol, nicotina y drogas; barreras idiomáticas y culturales para buscar o recibir información y cuidado.

No se considera de parte del trabajador de la salud los problemas de adaptación y adopción de normativas de funcionamiento para tener acceso a salud primaria, lo que genera aislamiento y marginación. En algunos casos en la población local se presentan algunas situaciones encubiertas de xenofobia, discriminación y estigma.

Las diferentes cosmovisiones y idiosincrasias que son parte de la cultura del inmigrante de procedencia Haitiana se confronta con un sistema de salud que para entregar un servicio sanitario de atención primaria en el Centro de Salud Familiar Cesfam, exige al inmigrante llevar a cabo complejos procesos de adaptación que implican recopilación de antecedentes, documentación, procedencia, internalización de los procedimientos, conocimiento de normativas y reglamentos, beneficios sociales, derecho, evaluación sobre estratificación social, entre varios aspectos, por lo tanto, y junto con lo mencionado, se enfrentan a la barrera del idioma, a los prejuicios, a los mitos de parte de los trabajadores de la salud que cuentan con una insuficiente formación educacional y social con respecto al inmigrante lo que lleva a un choque en término de percepciones y actitudes por los desconocimientos mutuos. Además, se suma a lo anterior, que la población inmigrante que recurre a estos centros de Salud es socialmente vulnerable en tanto sus condiciones socioeconómicas y educacionales son bajas, debiendo, por ende, competir por atención en salud con la población nacional, en un sistema que presenta graves carencias sanitarias por la falta de médicos, especialidades, insumos y infraestructura adecuada para atención masiva. Esta estrechez de recursos genera

tensiones y crispaciones entre los trabajadores de la salud, los usuarios nacionales, y, sobretudo, por la población inmigrante que se siente agredida por los malos tratos, negligencia, incomprensión e ineficiencia sanitaria en la resolución de sus afecciones.

La concurrencia de las causales dadas por las representaciones sociales mencionadas anteriormente conlleva a no considerar la migración como un determinante social de la salud, afectando, por ende, gravemente la inclusión social de la población Haitiana. En cuanto a que esta es afectada, marginada, excluida de la red social de apoyo institucional, lo que, provoca exclusión y segregación, en tanto se vulneran derechos a grupos e individuos inmigrantes. Se producen, además, por la falta de información y capacitación de los trabajadores de la salud reacciones hostiles que friccionan la convivencia entre éstos y la población migrante. Los trabajadores de la salud no se adaptan a las creencias, experiencias y necesidades específicas de éstos, es decir, a las representaciones sociales de la población Haitiana con respecto a su visión de la Salud. Se sienten desconcertados ante la poca adherencia de los inmigrantes Haitianos al sistema de tratamiento de nivel primario. Lo que revela de parte de los trabajadores de la salud un desconocimiento de las representaciones sociales de la salud por parte de la población Haitiana. Por lo mismo, se genera un clima emocional de baja sensibilización social, que dificulta la cooperación y solidaridad ante una población vulnerable. Además, y junto con lo expuesto, existe una insuficiente práctica y conocimiento intercultural que se resiste a ver al inmigrante como un sujeto de derecho, lo que lleva a éste a sentirse rechazado lo que lo afecta en los aspectos comunicacionales, dialógicos, teniendo graves consecuencias desde el punto de vista psicológico, social y psicosomático

En síntesis, el problema que se presenta es que las representaciones sociales de los inmigrantes Haitianos, respecto a lo que ellos significan como salud, en alguna medida podrían ir a contracorriente o no ser conocidas o ignoradas o desatendidas frente a las dinámicas sociales que se les impone como requisito para ingresar ante un sistema de salud público que para su admisión, adquisición y obtención de beneficios sociales se ve obligado a prestar por los acuerdos internacionales sobre los Derechos Humanos de la salud ajustándolos a los objetivos sociales del Modelo de Salud del Centro de Salud Familiar (Cesfam). Por lo tanto, es necesario explorar e indagar sobre las representaciones sociales de la salud de la población inmigrante de tal manera de

posibilitar una aproximación respecto a conocer el sentido y significación de sus actitudes y percepciones relacionadas con su representación social de la salud.

De tal manera, para realizar la investigación, se han determinado algunas condiciones básicas con las cuales se seleccionará el grupo de investigación, las que a continuación se señalan:

- 1.- Las personas inmigrantes de origen Haitiano deben de tener residencia permanente en la Comuna, a lo menos 3 años, la que quedará registrada en el Departamento de Salud De la Municipalidad de San Ramón
- 2.- Su domicilio, además, debe estar registrado en el Departamento Social comunitario (Desoco) y en el Cesfam La Bandera para las visitas domiciliarias que se requieren en conformidad con la estrategia Biopsicosocial de intervención integral en salud.
- 3.- Deben tener registro de atención en Cesfam la Bandera todos los miembros del grupo Familiar, con sus fichas clínicas y de registro de atención pertinentes
- 4.- Deben contar con un trabajo por cuenta propia o remunerada en alguna actividad productiva o de servicios en la Comuna, quedando constancia en la oficina de Empleabilidad Municipal OMIL
- 5.- Deben manejar aspectos básicos el idioma castellano para desempeñarse en labores de trabajo o atención de salud.
- 6.- Debe ser un grupo con educación heterogénea, es decir, con diferentes grados de educación para evitar la homologación de las representaciones sociales de cada uno de los entrevistados.
- 7.- Debe ser un grupo en que se considera el género para las comparaciones y diferencias entre las representaciones sociales.

Finalmente, el presente planteamiento del problema, indica tres preguntas a partir de las argumentaciones que se han señalado anteriormente:

#### **1.4 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las representaciones sociales de la salud en inmigrantes haitianos usuarios de un Centro de Salud Familiar (Cesfam)?

#### **1.5 Objetivo de Investigación**

##### **1.5.1 Objetivo General**

Explorar las Representaciones Sociales de la Salud en inmigrantes haitianos que son pacientes de Centro de Salud Familiar ( Cesfam) de la Comuna de San Ramón.

##### **1.5.2 Objetivos Específicos**

- Describir actitudes y percepciones que tienen sobre la salud inmigrantes Haitianos.
- Identificar sentimientos, emociones, creencias que tienen sobre la salud inmigrantes Haitianos.
- Reconocer Información sobre salud que tienen los inmigrantes Haitianos.
- Identificar las diferencias de género que tienen con respecto a la salud inmigrantes haitianos.

## **1.6 Limitaciones de la Investigación**

El presente estudio tiene alcances limitados debido a que es una muestra exploratoria que considera un número reducido de entrevistados , en este caso, seis personas Haitianas que se atienden en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) La Bandera, de la Comuna de San Ramón, que no representa al número total de inmigrantes que están registrados y son usuarios del Cesfam. Además, quedan fuera otros aspectos psicosociales que debieran ser pertinentes en un estudio que pretenda abarcar la problemática que genera la inmigración como un fenómeno relevante para las ciencias sociales. . Cabe indicar, que no hay suficiente información científica de este problema social específico lo que dificulta un estudio exhaustivo y fundamentado del fenómeno de las representaciones sociales desde otras miradas investigativas, metodológicas y psicosociales. Es importante indicar la falta de tiempo que permitiría un mayor ahondamiento en la problemática, además de una disposición de mayor cantidad de recursos, lo que redundaría de manera relevante en la información descubierta en la investigación. Pero, es posible, más adelante, realizar futuras investigaciones desde el punto de vista de las representaciones sociales.



## **CAPÍTULO II MARCO TEORICO**

### **2.1 Definición Enfoque Teórico de Representaciones Sociales**

Se presentan aspectos generales de la Teoría de Representaciones Sociales de Serge Moscovici y de otros exponentes de la teoría en relación con los objetivos de la presente Tesina, por lo tanto, y teniendo de referencia esta teoría comunicacional, lo que se pretende es el abordaje desde estas aproximaciones teóricas al fenómeno psicosocial de las Representaciones Sociales de la Salud en inmigrantes haitianos. Para lo cual, se consideran las opiniones, creencias, actitudes, valores, en relación a la percepción de la salud teniendo en cuenta el impacto cultural de las Representaciones Sociales en la vida cotidiana de estas personas, y sobre todo en los procesos interculturales que son necesarios para adaptarse al entorno social.

Pero, también, existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, en concreto, entre ellos: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el costo elevado de los cuidados de salud; y, 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Así, se planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, que apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. Oblitas (2007). Por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud. (Oblitas, 2008)

En términos de evolución histórica, social, para situar la mirada en el fenómeno de la salud en inmigrantes haitianos, debemos comprenderlo como un proceso producto de un sistema de creencias, valores y características que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad (Moscovici, 1986)

### **2.1.1 Enfoque teórico comunicacional de las Representaciones sociales**

Las Representaciones sociales, independiente de las variadas formas en que se presente (imágenes condensadas de significados diversos; sistemas de referencia, categorías de clasificación; teorías, etc). Son definidas como un conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. En los procesos de comunicación social es donde se origina principalmente la construcción de las R.S (No sólo los medios de comunicación, sino, también, en las conversaciones diarias. (Moscovici, 1986)

Las representaciones sociales en la elaboración de las políticas públicas referidas a la salud primaria como estrategias de intervención integral a la población vulnerable inmigrante focalizada en programas de inclusión social.

### **2.1.2 Teoría de las Representaciones Sociales**

Qué son las presentaciones sociales:

La construcción de la realidad social es un concepto que se origina en el pensamiento social fundante de E. Durkheim en que ésta no es algo natural, espontáneo, mecánico, sino que es un producto social. Esta idea que se manifiesta como representaciones colectivas va a hacer reformulada y redefinida más adelante por el concepto de Representaciones Sociales, que se concibe como una estructura dinámica, evolutiva, contextual. (Moscovici, 1979)

El concepto de representación social es acuñado en el año 1961 por el Rumano y psicólogo social Serge Moscovici (...) una modalidad particular del conocimiento , cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos ...la representación es un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. "(Moscovici, 1979)

Más adelante precisa y define lo que implica la interacción social en la sociedad, en tanto el núcleo central de esta teoría de las Representaciones Sociales:

"...La elaboración de un objeto social por una comunidad." (Moscovici,1979 )

Dicho en términos más llanos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social, es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación dos caras – la figurativa y la simbólica – es posible atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura. (Mora, 2002)

Análisis del sentido común:

Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una Representación Social de ese objeto. (Araya, 2015)

Las representaciones sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. (Araya, 2015)

Las representaciones sociales son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo” ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto de ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Jodelet, 1984)

### **2.1.3 Formaciones de las Representaciones Sociales**

Cómo se configuran las representaciones sociales:

Las Representaciones Sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversas procedencias, en este caso se presenta la descripción de esta teoría que no hace Sandra Araya, lo que sistematiza en los siguientes términos:

:

El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia. Dicho fondo está constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad. Todo ello se materializa en las diversas instituciones sociales, por ejemplo, en la lengua y en general en todos los objetos materiales. De acuerdo con Ibañez (op.cit), las fuentes de determinación de las RS se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad determinada y en el sistema de creencias y de valores que circulan en su seno.(Araya, 2015)

Los mecanismos de anclaje y objetivación .Ambos son mecanismos que provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales El primero de ellos concierne a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de la RS de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas .El segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones

El conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. Es, en efecto, en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las RS. En este sentido, los medios de comunicación de masas tienen un peso preponderante para transmitir valores, conocimiento, creencias y modelos de conducta. Tanto los medios que tienen un alcance general, la Televisión o los que se dirigen a categorías sociales específicas como las revistas de divulgación científica, por ejemplo, desempeñan un papel fundamental en la conformación de la visión de la realidad que tienen las personas sometidas a su influencia. La comunicación interpersonal y en particular la de las innumerables conversaciones en las que participa toda persona durante el transcurso de un día

cualquiera de su vida cotidiana, es otra modalidad de la comunicación social cuya influencia es igualmente significativa.

Es importante describir tres conceptos fundamentales de la teoría para la formación de RS

### 1.- Objetivación

En la teoría de las representaciones sociales RS, el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible

#### La construcción selectiva

(...) La retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos. Se retiene solo aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas.

#### El esquema figurativo

El discurso se estructura y se objetiva en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Es lo que se denomina núcleo figurativo

#### La Naturalización

La transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad.

#### Anclaje

(...) El proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades:

. Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente

Instrumentalización social del objeto representado o sea en la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión

#### **2.1.4 Funciones y procesos de las representaciones sociales**

Qué funciones y qué procesos específicos implican las Representaciones sociales:

Sandoval (2005) señala de manera sucinta que las Representaciones Sociales tienen cuatro funciones:

- . **La comprensión**, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones
- . **La valoración**, que permite calificar o enjuiciar hechos
- . **La comunicación**, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales
- . **La actuación**, que está condicionada por las representaciones sociales

Las Representaciones sociales están estructuradas

- . Actitud hacia el objeto representado
- . Relación

#### **2.1.5 Las Representaciones Sociales a nivel funcional**

Las Representaciones Sociales tienen a nivel social diferentes funciones, tales como:

- . Establecer un orden que permita orientarse en el mundo social y dominarlo
- . Posibilitar una comunicación entre los integrantes de un grupo social, dando un código que permita identificar y caracterizar los distintos ámbitos de su vida (experiencias individuales y grupales)
- . La fuente de determinación de las Representaciones Sociales se encuentra en el conjunto de condiciones económicas, sociales, históricas que caracterizan a una sociedad determinada y en el sistema de creencias y de valores que circulan en su seno.

. Otras fuentes son la propia dinámica de las Representaciones sociales y sus mecanismos internos de formación ( Moscovici, 1986) El fenómeno de la migración como proceso de inserción social.

Una de las más relevantes y complejas situaciones que afectan a los inmigrantes en general es el problema del racismo que da en la nueva sociedad Chilena. Para María Margarita Echeverri B. (2016) el racismo no se queda sólo en las prácticas discursivas. Los obstáculos para entrar a Chile e incorporarse social y políticamente al país son innumerables: “rebotados en las fronteras”, denegaciones del estatus de refugiados, discrecionalidad de la política migratoria para el acceso a los permisos de residencia, aumento del porcentaje de cartas de expulsión, entre muchas otras. Expulsiones y violencias que ellos/as viven a ambos lados de la frontera.

En definitiva, es importante destacar que la inserción de los migrantes haitianos en Chile se realiza casi exclusivamente a nivel económico. En este sentido se estarían ajustando y sintonizando sus proyectos migratorios con el imaginario neoliberal, en la medida en que logran destacar -según los propios empleadores (Solimano et al, 2013)- como mano de obra altamente competente y estoica frente a chilenos y el resto de los migrantes. Muchos de los entrevistados evalúan su proyecto migratorio desde una mirada marcadamente individualista, en función de los “potenciales” logros económicos. Así callan experiencias de racismo y discriminación, generalmente sin apelar a una verdadera “inclusión” a la sociedad chilena, como sujetos de derecho, asumiéndose indirectamente como simples agentes económicos o “sujetos de crédito”. La adecuación de sus proyectos migratorios a una dimensión meramente económica respondería al choque de sus expectativas con una estructura de oportunidades limitada en la sociedad chilena, y a una ley migratoria poco inclusiva. Sin duda, estos procesos de “inclusión” económica de la población haitiana no parecen sustentables en el tiempo por el carácter cíclico de la economía, y representa el riesgo de establecer parámetros y exigencias abusivas para el resto de la población migrante. (Rojas, Silvia, Amode, Vásquez, Orrego, 2016).

Por último, es importante destacar que el perfil asumido y proyectado por los migrantes haitianos, si bien representa importantes aportes para la sociedad chilena, existe el riesgo de que se constituya en el parámetro exigido para el resto de los migrantes e incluso para la misma clase trabajadora chilena. La positiva disposición de la población haitiana a asumir las reglas del juego neoliberal, supone el peligro de constituirse en la “mano de obra” dócil y dispuesta a las arbitrariedades de un modelo

caracterizado por las asimetrías entre capital y trabajo. El modelo neoliberal chileno podría encarnar –y seguramente ya lo está haciendo– en colectivos así de vulnerables y bien dispuestos (valga la redundancia) la “carne de cañón” ideal, que asumiría los costos y las supuestas “externalidades” de la producción neoliberal. Esa es una de las principales preocupaciones que plantea esta investigación, como también la posibilidad de que sean estos aspirantes a “sujetos de crédito” el primer fusible de una eventual crisis económica. (Rojas, Amode, Vásquez, 2017)

Pero este no es sólo un problema que acontece en Chile sino que es un fenómeno mundial. La mayoría de las fronteras se encuentran presionadas por la población inmigrante.

Aranda (2011) al respecto nos señala que dado el contexto que nos marca la globalización del mercado, la que posee un rol predominante en los procesos migratorios modernos, y puesto que en ningún período anterior existió tanto desplazamiento, éste es uno de los efectos más visibles del fenómeno globalizador.

El fenómeno de la migración que penetra en nuestras fronteras con una presión incontenible es resultado de políticas económicas y sociales que se han basado en la precariedad, por lo tanto, han forzado a este proceso de movilización territorial en búsqueda de oportunidades que permita sobrevivir con alguna dignidad.

El papel que desempeñan las representaciones con relación a la xenofobia es crucial: argumentándose una supuesta identidad en peligro, va instituyendo fenómenos de exclusión social, lo que a la larga pone en riesgo a una comunidad completa, en la medida que no desarrollamos procesos de inclusión, reflexión, flexibilidad y nuevas competencias hacia una cultura intercultural, que nos permita valorar los aportes que implica la interacción con otras culturas, potenciando la mutua integración en un mundo globalizado. Este es una ideología que se basa en una economía capitalista neoliberal, que se esmera por intensificar las intercomunicaciones, difundir información con rapidez, producir conocimientos y servicios e imponer un pensamiento único a nivel global, es



decir, uniformar los estilos de vida , rompiendo con la diversidad étnica y cultural , profundizando las desigualdades sociales, lo que obliga a que algún sector atienda estas consecuencias, y en este caso es el sector educativo el llamado a hacerse cargo. (Aranda, 2011 )

Ante este panorama se configura la representación social del inmigrante como un representante de un colectivo que en su expresión de individuo es invisible socialmente, la sociedad nativa no lo reconoce, lo que, demanda una reflexión profunda sobre la transparencia de este “sujeto” que pasa desapercibido por la sociedad nativa.

Retomando la pregunta por la verdadera problemática que afecta a los inmigrantes denominados sin papeles, vemos que podemos tomar a Ulises como modelo explicativo. Mediante una interpretación del mito de Ulises podemos representar la situación específica de algunos inmigrantes, los inmigrantes llamados “sin papeles”, tal como lo propone Achotegui. Es decir, este mito, en este abordaje, puede ejemplificar solo la condición de inmigrantes cuyo estatuto social, en alguna tierra a la cual llegaron, no fue reconocido. (Cuestas, 2013)

Esta invisibilización del inmigrante es radical en una sociedad como la chilena, que anonada, niega, la individualidad de un individuo que no posee el estatus que demanda el sistema el neoliberal de desarrollo económico. Lo lleva a un anonimato que tiene por propósito negarle cualquier identidad inclusiva, siendo nada menos que material de desecho humano.

Nadie significa: “pronombre indefinido. 1 ninguna persona. 2 Persona “insignificante”. Quien así es llamado no es reconocido como persona significativa, o no siquiera como persona; por lo tanto es desvalorizado al punto de quedar deshumanizado. Quien es considerado “humano” será sujetado a un poder que lo protege y somete de ese modo quedará resguardado por el derecho. Por el contrario, quien queda atrapado en los límites de las representaciones sobre lo humano es excluido por una representación ficticia que lo anula. Entonces no puede ser protegido, por lo tanto, queda en situación de desamparo social. Ser llamado Nadie, tiene consecuencias que no deben ser

olvidadas. Según María Emilia Tijoux (2013) cuando se amalgama la inmigración a la delincuencia, desaparece el nombre y apellido del acusado y más que nunca existe solo por su origen. (Cuestas, 2013)

Sin reciprocidad, la vida cotidiana queda interrumpida. El inmigrante peruano irrumpe en las rutinas de la vida cotidiana chilena de un modo negativo, contrario por ejemplo a lo que ocurre con el turista. ( Tijoux , 2013)

Tijoux (2013) afirma que comprender la violencia de estos sufrimientos que enfrentan los inmigrantes peruanos en Chile, implica regresar en el racismo como una categoría productiva que no aborda el fenómeno como algo nuevo, sino como algo histórico pero tampoco como un hecho coyuntural, sino como un hecho estructural.

En Chile el racismo no ha sido muy trabajado y se le menciona priorizando otras categorías, menos duras, como la discriminación proveniente de las representaciones, los estereotipos o los prejuicios sociales.

Por tanto, la complejidad que implica la inserción del inmigrante en el contexto nativo Chileno conlleva enormes agravantes.

Se puede comprender que el proceso migratorio implica múltiples factores que pueden facilitar o dificultar la adaptación en la sociedad de acogida, tales como: condiciones sociales de alta fragilidad , prejuicios, explotación, ilegalidad, cambio de estatuto de la persona, dificultades en la comunicación y obtener vivienda, que generan mayor vulnerabilidad en cuestiones de salud, especialmente trastornos psicológicos. (Franken, de Lima Coutinho, Pereira, 2012)

Son múltiples los factores que se relacionan en este proceso de inserción del inmigrante que dramatizan estos procesos sociales de la migración hasta límites de profunda deshumanización y que naturalizan comportamiento de la población nativa que distorsionan los derechos humanos de las personas inmigrantes.

Las migraciones humanas, en general, y las internacionales, en particular, son parte de dinámicas socioeconómicas globales multifacetas y muticausales que presentan considerables prevalencias para las causas económicas laborales. Envolviendo rupturas importantes en el espacio y en las vivencias del individuo, se presentan necesariamente como una transición social bien definida; que implica, por regla general, cambio de

estatuto o alteración en la relación con el entorno, ya sea físico, social o jurídico. Estas rupturas, junto a las dificultades que se presentan en el proceso de aculturación como ilegalidad, falta de conocimiento de la lengua utilizada en el país de acogida, trabajo, vivienda y costumbres) se convierten en factores estresantes que comprometen la salud física, mental y social del hombre, inmigrante en el lugar de acogida. (Franken, de Lima Coutinho, Pereira, (2012)

Representaciones sociales de población inmigrante con respecto al racismo de la cultura nativa

El fenómeno de las representaciones sociales de las diferentes etnias que emigran hacia Chile tienen diferentes matices, pero las problemáticas son casi las mismas en su gran mayoría: migración por causas de sobrevivencia socioeconómica.

El análisis de las representaciones de los migrantes Haitianos en torno al racismo y la discriminación racial que experimentan en Chile, permitió observar ciertas disposiciones de gran relevancia para comprender las nuevas facetas del racismo y su siempre estrecha relación con el fenómeno migratorio. En especial, resulta significativo que, a pesar de reconocer y describir situaciones en las cuales sufrieron prácticas o discursos manifiestamente racistas, se niegan, hasta cierto punto, a denunciar el racismo como tal. Esto, de cierta manera, contradice la clásica idea según la cual las víctimas del racismo necesariamente serían antirracistas y corrobora las aproximaciones teóricas contemporáneas sobre el neoracismo. (Roja, Amode, Vásquez, 2015)

Cabe mencionar que estos procesos de inserción en la sociedad Chilena implican descubrir una serie de “naturalizaciones” en relación con la cultura “racista” dominante en la representación social de la cultura nativa, que de alguna manera son las pautas y patrones por los cuales se orientan una representaciones sociales que perciben al inmigrante como una amenaza, en tanto les resta posibilidades de trabajo y espacios territoriales.

Así, características comunes dentro del discurso de los migrantes Haitianos son la naturalización del racismo, su atenuación frente a las metas económicas individuales e incluso la responsabilidad de sus connacionales sobre este fenómeno, por no ser capaces de “jugar el juego” de la migración, dentro de la cual el racismo sería una regla más. Todo esto se traduce en una actitud que consiste principalmente en esquivar, ignorar o justifica el racismo y sus efectos, en pos de la concreción de sus objetivos

migratorios: principalmente la inserción económica en la sociedad Chilena. La disposición a asumirlo los elevados costos de esta inserción (El racismo, el desarraigo, las precariedades laborales, etc.) mientras sea posible alcanzar el status de sujeto de crédito, como consumidores y “buenos trabajadores”, da cuenta de una acentuada capacidad adaptativa y sobre todo de una gran resiliencia en la población Haitiana que llega a Chile. (Rojas, Amode, Vásquez, 2015)

El inmigrante Haitiano así como el inmigrante Peruano o de otras latitudes de América Latina sufre de las inclemencias de una interculturalidad en que las representaciones de la cultura nativa en donde se inserta como inmigrante le obligan a un proceso de adaptación en que tienen que negarse derechos o reacomodarse en un plano que le permita sobrevivir en términos muchas veces de sus necesidades vitales.

## **2.2.2.2 Representaciones Sociales de la Salud**

### **2.2.2.2.1 Definición del Modelo Biopsicosocial**

En el presente marco teórico se abordó una concepción de salud Biopsicosocial que nos permitiera aproximarnos al fenómeno de la salud en un grupo de inmigrantes haitianos que son beneficiarios de un Cesfam que aplica este enfoque Teórico. Al respecto, frente al paradigma tradicional, Engel en 1977 propone un modelo que se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados. Tanto en lo que respecta a un estadio de salud como en los diferentes niveles de enfermedad. Este modelo ya no piensa la persona dividida, como una mente que gobierna una máquina, el cuerpo, sino que la comprende de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas siempre interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional. Para el modelo biopsicosocial ya no es el cuerpo el que enferma, es el ser humano en su totalidad: una unidad biopsicosocial. (Laham, 2011)

Pero, también, existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, en concreto, entre ellos: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el costo elevado de los cuidados de salud; y, 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Así, se planteó un modelo

alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, que apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. Oblitas (2007). Por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud. (Oblitas, 2008)

El modelo centrado en el paciente. La perspectiva biopsicosocial nos ha lanzado una grave advertencia: tenemos que incorporar al paciente como sujeto –no mero objeto– del proceso asistencial. Nace así una práctica del modelo que Bartz llama dialógica y que partiría de un supuesto: la realidad de cada persona, de cada paciente, se interpreta –se crea y recrea– a través del diálogo y en este diálogo aparece una narrativa del paciente que es necesario comprender. Comprender no significa aceptar como verdaderas lo que son hipótesis o creencias del propio paciente (¡cuántas veces los médicos tomamos una cefalea por tensional sencillamente porque así lo supone el paciente!). Tampoco negarlas. Su valor en todo caso es doble, como vivencia humana pero también como datos semiológicos (Borrell i Carrió, 2002)

En primer lugar, tengamos en cuenta que el modelo mantiene que tanto los factores biológicos, como los sociales y los psicológicos, resultan igualmente importantes por lo que respecta al papel determinante que juegan tanto en la enfermedad como en la salud. En este sentido, tanto los macroprocesos (por ejemplo, la existencia o no de una red sólida de apoyo social, o la presencia de una depresión), como los microprocesos (i.e., alteraciones celulares, bioquímicas, etc.), se hallan en constante interacción a la hora de producir un estado de salud o de enfermedad. Una y otra están pues causadas por una amplia red de factores, cuya naturaleza es diversa, y que tienen consecuencias y efectos muy diferentes entre sí (Taylor, 1986) (Belloch y Olavarria, 1999)

#### **2.2.2.2.2 Representaciones Sociales de la Salud**

Existe una representación social en la muestra estudiada, en tanto los sujetos poseen un conocimiento específico de sentido común, orientado a la práctica, la comunicación, comprensión y dominio de su entorno social.

La representación social de la salud se caracteriza por un núcleo figurativo constituido el bienestar

La información que poseen los sujetos sobre el objeto de representación proviene fundamentalmente de los medios formales; de las instituciones de salud, personal especializado y de forma vivenciada por la comunicación social y la observación.

La actitud hacia la salud, en sentido general, no es favorable, ni activa, aunque conocen y diferencian las conductas saludables de las que no son, pero no asumen un comportamiento activo y hacedor de su salud. ((Knapp, Idalmis, Hernández, Mesa, Suárez, 2003)

La inserción socio cultural del inmigrante dentro de la nueva sociedad puede desembocar en cuatro alternativas, las cuales – a su vez – se relacionan con los resultados en el estado de salud mental. Una primera posibilidad es la asimilación, donde la persona adopta la nueva cultura, perdiendo la original. Una segunda, es la integración, donde la persona mantiene la cultura de origen y, a la vez, es capaz de adoptar la cultura que le acoge. Una tercera posibilidad es la marginalización, en que la persona se margina tanto de la cultura de origen como de la existente en la sociedad donde llega. Y la cuarta posibilidad es la segregación, que consiste en mantener la cultura de origen y adoptar conductas de rechazo activo hacia la cultura del nuevo lugar. (Alvarado, 2008)

Se constatan diferencias en la representación social de la salud como un hecho de construcción social entre grupos etarios estudiados con relación a las características de la misma cultura y origen geográfico y territorio de cual son originarios.

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono. (Alcántara, 2008)

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social. (Alcántara, 2008)

Las representaciones sociales en salud, con todo lo que estas implican como lo simbólico, la relación significativa – significado, los procesos de socialización primarios y secundarios, en torno a sus prácticas de autocuidado, a sus concepciones de enfermedad, de salud, etc. que aunados a la diversidad étnico-cultural que allí se presenta, se constituyen en factores determinantes en las concepciones que poseen respecto a los constructos de enfermedad y salud, que servirán de punto de partida en la intención de identificar la génesis de dichas concepciones y los factores inmersos de allí de muy diverso orden. (Rodríguez, 2008)

Pero, también, es las representaciones sociales configuran un núcleo figurativo dominante en la interrelación con entidades institucionales. (Pelcastre-Villafuerte, Garrido, Reyes (2001)

El uso de servicios de salud no es independiente de los significados que las personas construyen, todo lo contrario, en tanto que práctica social es dependiente de ellos; por esta razón se resalta aquí la importancia de explorar ese campo simbólico-representacional como una aproximación al entendimiento del comportamiento social. Pelcastre-Villafuerte, Garrido, Reyes (2001)

Con respecto a la significación que la representación social de salud tiene para un usuario que requiere de un servicio institucionalizado, es importante considerar su vivencia personal como individuo social y parte de un contexto social específico.

Que las mujeres acudan a consulta puede interpretarse como logro desde el punto de vista institucional, no obstante, una vez que las mujeres van ¿Qué ideas acerca de la menopausia se les transmite? ¿Qué papel juega el personal médico en la solución de sus

demandas y necesidades? ¿Qué opciones de tratamiento se les ofrece? ¿De qué manera puede mejorarse este servicio? Son interrogantes abiertos para la reflexión, en la cual valdría la pena contemplar aquellas aproximaciones que nos acerquen cada vez más a los significados que construyen los actores sociales. Lo anterior debe llamar la atención sobre las ventajas derivadas de la exploración de la vivencia que las mujeres, y cualquier otro sector de la población, tienen con relación a eventos que han preocupado a la medicina y a los servicios de salud. (Pelcastre-Villafuerte, Garrido, León, 2001)

Pero el proceso de creación de las representaciones sociales de la salud pasan por una dinámica intersocial que se nutre de la cultura social tanto de la sociedad como del grupo, es decir, es contextualizada a la realidad social de los sujetos sociales.

Las representaciones sobre la salud en los jóvenes y las jóvenes dependen de la madurez y la cohesión social del grupo. Aquellos grupos con mayor trayectoria, que han tenido más tiempo de conversación, han construido núcleos representativos más sólidos y están dotados de elementos de lectura y acción más estables. En este sentido, puede recomendarse decididamente, a partir de este estudio, el incentivo de la conformación de grupos juveniles alrededor de actividades convocantes de la cultura, es decir, las representaciones sociales. (Vergara, 2009)

Comúnmente, las fuentes de información que se describen tienen que ver con la vivencia de las personas, con lo que piensan, con la comunicación social y con la observación, con los conocimientos adquiridos a través de los medios formales, tales como las lecturas, la profesión y los medios de comunicación de masas. Sin embargo, en los jóvenes y las jóvenes de Manizales, se puede encontrar otras fuentes importantes, como son: la familia, las instituciones, los grupos de amigos y la calle. (Vergara, 2009)

Los jóvenes y las jóvenes adjudican varias dimensiones a su concepción de la salud, como lo emocional, la espiritual, la moral, la mental y la corporal, lo que supera el concepto de la OMS, que plantea un “estado de equilibrio físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”(…)asumen además tres dimensiones más : la espiritual, la moral y la emocional , que no pueden reducirse simplemente al aspecto mental enunciado por la OMS, puesto que éstas tienen una dimensión social, ética y de proyección al otro. (Vergara, 2008)



## Capítulo III. Marco Metodológico

### 3.1 Enfoque Teórico Metodológico

El procedimiento de análisis se realizó a partir de la pauta que plantea Pablo Cáceres en su texto titulado: “ Análisis de contenido: una alternativa Metodológicamente alcanzable”, esto debido a que sistematiza de manera didáctica el método de análisis de contenido cualitativo y además definiendo cada etapa de la investigación y tratamiento de la información a revisar y analizar , que es fundado en el proceder de diferentes investigadores de este método de análisis de información cualitativa.

Al respecto cabe mencionar de manera sintética la evolución del proceso que llevó a definir este procedimiento de análisis de contenido, por tanto, una definición más reciente considera el análisis de contenido en la doble vertiente ...un análisis basado en una grilla que integra la aproximación semiótica y el análisis de contenido con base en un trasfondo teórico socioantropológico (Becaria, 2001),(Mayring , 2000) , por su parte , plantea una definición de este análisis a partir de su propia experiencia con el tratamiento de datos: “ el análisis cualitativo de contenido se define a sí mismo dentro de un marco de trabajo como una aproximación empírica , de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de contextos de comunicación , siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso , sin cuantificación de por medio” (Mayring, 2000) ( Citado en Cáceres, 2003),

El análisis de contenido es tratado como una “técnica” aplicable a la reelaboración y reducción de datos, que se beneficia del enfoque emergente propio de la investigación cualitativa en especial del modelo de metodológico de Glaser y Strauss(1994. (Citado en Cáceres, 2003)

Algunas de las metas a lograr con el uso de esta técnica son: denotar tanto el contenido manifiesto como el contenido latente de los datos analizados (Bardin, 1996 krippendorff, 1990; Mayring, 2000. Reelaborar los datos brutos ya sea simplemente aglutinándolos en “clusters e inferenciales” o conjuntos homogéneos que agrupen material de similar sentido a través de pasos sucesivos hasta llegar a la conceptualización o regla descriptiva que justifique su agrupamiento ( Miles& Huberman 1994), o bien, integrando dichos datos a interpretaciones o abstracciones de mayor nivel que permitan,

si fuese el interés del investigador, establecer relaciones e inferencias entre los diversos temas analizados y de éstos con teoría previa (Mayring, 2000; reflexión y retroalimentación permanente respecto a lo que significa la investigación desde la práctica. El curso del análisis que se lleva a cabo obtiene, de este modo, mayor profundidad y riqueza analítica (Baudino & Reising, 2000; Buendía, 1994; Pérez, 1998; Rodríguez, 1996; Y por último generar información válida y confiable, comprensible intersubjetivamente, que permita comparar los resultados con otras investigaciones (MacQueen, McLellan, Kay & Milstein, 1996; Carey, Morgan & Oxtoby, 1998) (como se cita en Cáceres, 2003)

Lo que se busca es un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno de ellos. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva, Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento. (Sampieri, 2010).

Cabe señalar que la presente investigación se desarrolla dentro de un enfoque cualitativo, el cual permite explorar y describir los fenómenos desde su ambiente natural, extrayendo, por ende, los significados entregados por los participantes de las entrevistas a partir de sus opiniones, creencias, experiencias con respecto al tema de la salud. Esta investigación posibilita generar un proceso inductivo, recurrente, recursivo lo que entrega la disponibilidad de analizar las realidades subjetivas, profundizar en sus significados y contextualizar el fenómeno.” Los métodos cualitativos de investigación apuntan a la comprensión de fenómenos en términos de sus significados, hacen referencia tanto a formas de aproximación al conocimiento como a las modalidades de análisis de mismo” (Juan Santiago, 2010 (Cita de Cáceres)

El enfoque teórico se genera en base a la recuperación e incorporación del contenido emergente del texto, obtenido a través de las entrevistas en profundidad, lo que posibilita reconstruir el contenido de la representación social (Araya, 2002)

La narración explicitada en el discurso por los entrevistados haitianos nos permitirá una apertura para profundizar en sus percepciones y creencias, para de esa manera identificar las representaciones sociales que están a la base de su discurso para nuestro

análisis, por tanto, “ En la investigación cualitativa existen diferentes técnicas de colecta de datos, cuyo propósito principal es obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y actitudes por lo que la entrevista es una valiosa técnica (Vargas Jiménez, 2012)

La técnica utilizada para esta investigación fue la entrevista semiestructurada como método de recolección de información, la que nos facilitó la inmersión en la realidad subjetiva de los inmigrantes, que nos permitió dar cuenta del fenómeno analizado, por tanto, las entrevistas son una instancia donde se encuentran el entrevistador y una o más personas que responderán a las interrogantes que éste formule y donde pueden estar previamente pauteadas (Escobar, 2009)

### **3.3.1 Metodología de Análisis**

El procedimiento para efectuar el análisis cualitativo de contenido requiere de seis pasos para ejecutarse, de acuerdo con la pauta de Pablo Cáceres:

1. Selección del análisis dentro de un modelo de comunicación
2. El desarrollo del pre análisis
3. La definición de las unidades de análisis
4. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación
5. Desarrollo de categorías
6. La integración final de los hallazgos de las entrevistas se llevó a cabo mediante una pauta de análisis

Los seis pasos según Cáceres fueron los siguientes:

**Un primer paso**, consiste según Mayring en la selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación (Citado en Cáceres, 2003) por tanto, es la revisión de las entrevistas realizadas, en tanto seleccionar un objeto de análisis, enfocándolo a un modelo de análisis comunicacional, en este caso, las representaciones sociales de Moscovii, en tanto identificar las percepciones sobre la salud en inmigrantes haitianos. Se consideran principalmente las dimensiones de percepción y actitud que tienen los inmigrantes haitianos con respecto a la salud.

**Un segundo paso**, consiste en la preparación de la información obtenida desde las entrevistas, inicialmente suele realizarse desde un estilo intuitivo que luego dará paso al desarrollo del pre análisis (Bardin,1996) (Citado en Cáceres Cáceres , 2003), por lo cual, se desarrolla un pre análisis de la información obtenida en cuanto a sistematizar tres procesos recolección de un corpus de contenido, formulación de guías para el análisis de la información y establecer indicadores que den cuenta de la información seleccionada.

**Un tercer paso**, dicho paso consistió en la revisión del material que correspondió definir para las unidades de análisis comprendiéndolas como indicadores del material obtenido. Los segmentos serán caracterizados e individualizados para luego categorizarlos, relacionarlos y proponer inferencias a partir de ellos. Las unidades de análisis corresponden a los trozos de contenido sobre los cuales comenzaremos a elaborar los análisis, representan el alimento informativo principal para procesar, pero ajustándolo a los requerimientos de quien “devorará” dicha información (Cáceres, 2003)

**Un cuarto paso:** si existe un elemento del análisis de contenido que fortalece la validez y confiabilidad de sus resultados, ello es la determinación de la regla de análisis. Esta reglas indican al investigador y a otros que coparticipen en el análisis, cuales son las condiciones para codificar – y eventualmente categorizar – un determinado material, (Mayring, 2000) (Citado en Cáceres, 2003), por tanto, se establecen reglas de análisis de la información y códigos para clasificar esta información. Estas reglas son un criterio de clasificación que incluye o excluye material simbólico discursivo del análisis de contenido. Estos criterios pueden variar en el proceso de revisión del material narrativo. Una vez que la información ha sido agrupada y segmentada, se le asigna un identificador a cada grupo y se le denomina código. Existe un código por cada grupo de datos y por al menos una regla de análisis. Cada código requiere de una definición precisa, pueden ser descriptivos o explicativos; el primero, tiene una inferencia mínima; el segundo, tiene una mayor capacidad de inferencia. En este proceso de inferencial se elabora un libro de códigos donde se registran todas las categorías con su simbología respectiva.

Un quinto paso: Podemos definir a las categorías como cajones o “casillas” en donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica de modo definitivo , (Hernández, 1994) (Citado en Cáceres, 2003), por tanto, en la secuencia del análisis cualitativo de contenido, que se aplica en las entrevista con los inmigrantes haitianos, correspondió al desarrollo de las categorías, para lo cual se agruparon indicadores en

relación y función de áreas de incidencia, lo que permitió identificar fenómenos directamente relacionados con las representaciones sociales , por ejemplo, el indicador

**Un sexto paso:** todo el desarrollo analítico de la aproximación cualitativa de contenido que se ha expuesto , se vierte en la síntesis final del estudio . No hay que perder de vista que aquí dicha técnica está tratada como una forma de análisis y no como una estrategia íntegra de investigación , por tanto, su modularidad está garantizada cuando se trate de incorporarla a estudios con supuestos y fines definidos por el trasfondo epistemológico que lo guíe (Cáceres, 2003)

En consecuencia, se relaciona con la integración final de los hallazgos , al final del proceso de análisis se habrá reducido el cúmulo de información con la aplicación de categorías, memos y códigos axiales, que de ser productiva, aflorarán nuevos vínculos entre categorías o entre sus propiedades, respondiendo a los elementos centrales de la consecución de nuevo conocimiento( Cáceres , 2003)

Por lo tanto, se lleva a cabo un análisis de todas las categorías enunciadas y los códigos que la componen identificando temas en relevancia con las representaciones sociales.

### **3.3.2 Procedimiento de Muestreo**

La presente investigación, pretende ejecutar un muestreo deliberado orientado intencionalmente en términos de seleccionar a los entrevistados, según los criterios pertinentes del estudio a inmigrantes haitianos pacientes del Centro de Salud Familiar (Cesfam) de la Comuna de San Ramón.

Se tiene acceso a la muestra mediante una entrevista al Director del Centro de Salud Familiar (Cesfam), con el objeto de obtener la autorización formal para acceder a la institucionalidad y al tiempo disponible de los entrevistados.

Al definir el muestreo se ha considerado al inmigrante Haitiano en una situación de vulnerabilidad social, sujeto de beneficios sociales, clasificado socioeconómicamente en

la línea de estratificación I y II, que le permite acceder a prestaciones sociales del servicio sanitario de salud.

Para llevar a cabo la investigación de las Representaciones Sociales de la salud de inmigrantes haitianos se consideran los siguientes aspectos:

- a) Personas que tengan entre 18 a 45 años
- b) Estado civil casado o soltera; o en relación de convivencia u otra de tipo heterosexual.
- c) Con o sin hijos o hijas

Respecto del tamaño de la muestra:

- a) Seis personas: 2 hombres y 4 mujeres

El Muestro en cadena o bola de nieve tiene como objetivo la comprensión de realidades culturales o personales que por su condición de marginalidad del orden social imperante , o por otras razones, se mantienen en la clandestinidad o en la oscuridad del anonimato. La clave está, aquí, en encontrar un caso perteneciente al grupo objeto de investigación y éste lleva al siguiente y al próximo y así sucesivamente hasta alcanzar el nivel de información suficiente para dar por terminada la investigación. (Quintana, 2006) Si bien en estudios cualitativos se pueden utilizar muestras aleatorias, intencionadas, “muestreo teórico” o realizar estudios de caso único, sólo el muestreo teórico maximiza las ventajas de la simultaneidad de la selección de casos, la recolección de datos y el análisis de los mismos. Según esta técnica, la cual fue desarrollada por Glaser & Strauss en 1967, la muestra se selecciona mediante la utilización de una “estrategia sucesiva”. Se eligen los primeros sujetos, documentos o situaciones de observación y se analizan los datos obtenidos. Mediante el análisis de estos primeros datos se desarrollan conceptos, categorías conceptuales e hipótesis que son utilizados para generar criterios mediante los cuales se seleccionan los siguientes sujetos que se integrarán en la muestra. Es por esto que se le ha denominado “muestreo teórico” (“Theoretical sampling”), aunque se debe subrayar que con el término “Teórico” se está aludiendo a la “teoría emergente”, es decir, aquella que se está generando a partir de la investigación misma y no a elementos teóricos establecidos en forma previa. (Krause, 1995)

Hemos hecho la inmersión inicial, la cual nos sumerge en el contexto, a la par recolectamos y analizamos datos (seguramente ya observamos diferentes sucesos, nos compenetramos con la cotidianidad del ambiente, platicamos o entrevistamos a varias personas, tomamos notas, tenemos impresiones, etcétera). En algún momento de la inmersión inicial o después de ésta, se define la muestra “tentativa”, sujeta a la evolución del proceso inductivo. Como menciona Creswell (2009) el muestreo cualitativo es propositivo. Las primeras acciones para elegir la muestra ocurren desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto, en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesan. En las investigaciones cualitativas nos preguntamos: ¿qué casos nos interesan inicialmente y dónde podemos encontrarlos? (Hernández, 2010)

### 3.3.3 Técnica de recolección de Datos

Para realizar la investigación se seleccionó a siete inmigrantes haitianos que participan como pacientes permanentes del centro médico de la comuna de San Ramón y que reconocen residencia en esta localidad urbana de la Provincia de Santiago.

A cada entrevistado se le entregará un consentimiento informado, describiendo las características del estudio y garantizando la confidencialidad de su relato.

Para el proceso de recolección de datos se aplicarán y desarrollarán diversas técnicas de levantamiento de información:

- a) Observación participativa: se llevarán a cabo tres jornadas de entrevistas, elaboración de bitácora para el registro de las observaciones del entorno y de los entrevistados, lo que se efectuará en el centro de salud Familiar Cesfam
- b) Revisión de fuentes primarias y secundarias de información: referencias bibliográficas (ver anexo)
- c) Entrevista semiestructurada: Guion temático
- d) Registro de datos (grabación): registro de conversaciones
- e) Transcripción:
- f) Producción de corpus (texto) coherente y consistente para el trabajo de análisis cualitativo de contenido

Las preguntas responderán a los siguientes criterios:

- a) garantizar que los elementos relevantes de la pregunta se mencionen durante la entrevista

- b) Especificidad: Desde el discurso del entrevistado, como material simbólico, permite “poner de manifiesto los elementos que determinan el efecto significado de un acontecimiento para el entrevistado” (Flick, 2007)
- c) Profundidad: Ir con el guion más allá de un plano superficial o general que se pueda expresar en el discurso, por tanto, “un máximo de comentarios de revelación de sí mismo respecto a cómo el material de estímulo fue experimentado” (Flick, 2007)
- b) Contexto: Promover y situar las respuestas en el marco vivencial del entrevistado desde sus emociones asociadas

Cabe consignar, que a cada inmigrante haitiano participante de la investigación se le aplicará el máximo de dos entrevistas semiestructuradas en base a un guion temático definido por los objetivos de la investigación.

Por lo general son tres los factores que intervienen para “determinar” (sugerir) el número de casos: 1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que dispongamos). 2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará “saturación de categorías”). 3. La naturaleza del fenómeno bajo análisis (si los casos son frecuentes y accesibles o no, si el recolectar información sobre éstos lleva relativamente poco o mucho tiempo. (Hernández, 2010)

### 3.3 Criterios de rigor científico

Una investigación científica requiere de una calidad y un rango que la avale, en términos de respaldar la información recolectada, tomando en cuenta los principales criterios de rigor que determinan una investigación cualitativa, aplicando parámetros de rigurosidad y calidad.

Si existe un elemento de análisis de contenido que fortalece la validez y confiabilidad de sus resultados, ello es la determinación de reglas de análisis. Estas reglas de análisis indican al investigador y a otros que coparticipen en el análisis, cuáles son las condiciones para codificar –y eventualmente categorizar- un determinado material (Mayring, 2000). Sin embargo, dado el carácter cualitativo del análisis de contenido que aquí se expone, estas reglas están abiertas a modificación en la medida en que el material es procesado. La retroalimentación constante, desde los datos hacia la



formulación de criterios o reglas de codificación y viceversa, es primordial y permanente (Rodríguez, 1996.) (Se cita en Cáceres, 2003)

Para el análisis cualitativo de contenido, la rigurosidad con que se procese la información y el orden sistemático que tienen las reglas de análisis, evitará la disgregación de los datos garantizando la confiabilidad y validez. La relevancia del establecimiento de las reglas de análisis (como tercer paso procedimental) Mayring señala que es en beneficio del propio investigador y otros colaboradores, porque le indicará las condiciones para la codificación y categorización que pudiera surgir en el proceso. (Se cita en Cáceres, 2003)

Pero las reglas cambian como cambian los constructos del investigador cualitativo sobre el problema estudiado. A medida que se incorporan o procesan nuevos datos, estos constructos y por consiguiente los criterios, sufren modificaciones. Estos cambios reflejarán la “afinación” recurrente que requiere para llegar a obtener una buena clasificación del contenido y en definitiva, un conjunto de códigos de identificación del material provechoso para la posterior codificación (Carey, Morgan & Oxtoby, 1996) (Se cita de Cáceres, ,2003)

Toda vez que se haya definido la unidad de análisis toda la información recolectada se encuentra expuesta pero desorganizada, por lo que procede separa dicho contenido en orden a las unidades de análisis, bajo el criterio analógico de los dichos o conceptos significativos. Separando en bloques diferentes a los que no tengan similitud .Morris, 1994 (Se cita de Cáceres, 2003)

Durante este ejercicio de análisis irán emergiendo nuevos conceptos y se hará evidente el debilitamiento de otros, es en esta situación que habrá emergido la regla de análisis develando las intenciones explícitas o implícitas que guían al investigador. Estos harán el efecto de coordenadas que encuadran el material vinculando al texto con los constructos de la investigación. Este proceso se caracteriza por su carácter inductivo al momento de definir las reglas que clasificarán la información y facilitarán la elaboración de indicadores o códigos “codificación abierta” que dejará la evidencia del tema, aspecto o significado que contienen. Rodríguez, 1996 (Se cita en Cáceres, 2003)

Los criterios de rigor científico que existe consenso entre los investigadores cualitativos respecto de que los criterios de rigor científico deberán referirse tanto al diseño de la investigación y recolección de datos, como al análisis de datos y a la elaboración y

presentación de los resultados. También hay acuerdo (no absoluto pero bastante amplio) acerca de que no es posible aplicar los criterios de rigor de la investigación cuantitativa sin modificarlos. (Krause, 2005)

El desarrollo de criterios de científicidad, Según Mariane Krause (2005):

a.- Densidad: La densidad alude al concepto de “descripción densa” utilizado por autores como Geertz (1973) y Denzin (1989) y se refiere a la inclusión de información detallada, de significados y de intenciones, tanto en la recolección como en el análisis de datos.

b.- Profundidad: Con profundidad se está haciendo referencia al efecto de la triangulación (de métodos, investigadores o fuentes de datos) sobre los resultados. Mariana Krause (2005).

c.- Aplicabilidad / Utilidad: Por último, la aplicabilidad y utilidad, criterios especialmente enfatizados por la investigación evaluativa (Patton, 1980) se lograrían a través de la complejidad de los resultados (Bergold & Breuer, 1991) y de su “cercanía con los datos empíricos” (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990).

d.- Transparencia y contextualidad: Reemplazan los criterios confiabilidad y replicabilidad y se aplican al análisis de datos y –sobre todo- a la presentación de resultados. La transparencia hace alusión a la posibilidad que tendría que tener el lector de entender cómo se llegó a los resultados. En la práctica implica incluir en la presentación de estudios cualitativos información clara y precisa de todo el procedimiento metodológico, desde la selección de la muestra hasta la presentación de resultados misma. Por su parte, la contextualidad, se refiere a la inclusión de la descripción de resultados contexto (Corbin & Strauss, 1990)

e.- La intersubjetividad: Ocupa el lugar de la objetividad en estudios cuantitativos, se refiere específicamente a la etapa del análisis de datos. Implica la inclusión de más de un investigador y/o de los mismos “investigados” en el proceso de análisis (Krause Jacob, 1992)

f.- Por último, cabe señalar que en torno a los criterios representatividad y generalización, utilizados por la investigación cuantitativa, existe el menor grado de consenso. Hay quienes postulan su absoluta inadecuación para la metodología cualitativa (Cook & Reichardt, 1986); otros, que los consideran posibles de lograr –al menos la

representatividad- a través de la reconstrucción “objetiva” del objeto de estudio (Kleining, 1982); y terceros, que argumentan en favor de una representatividad y generalización conceptual, en vez de una que se refiera a “casos” (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990).

### **3.5 Consideraciones Éticas**

Los participantes fueron plenamente informados de la voluntariedad de su colaboración, se podían retirar en cualquier momento, las entrevistas serían grabadas y posteriormente transcritas para su análisis. Todos leyeron y firmaron el consentimiento informado antes de iniciar las entrevistas.

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación se ha acordado realizar las siguientes garantías en resguardo de los entrevistados y para asegurar la fiabilidad de los datos (Sampieri, 2010)

- , Informar a los participantes de que se trata la investigación
- . Su participación es voluntaria y se puede retirar cuando lo crea conveniente
- . Los datos recabados serán utilizados solo dentro de esta investigación

Se le asegura la devolución de las grabaciones de la entrevista

Esta investigación está enmarcada dentro del contexto tesis de grado para la obtención de título de licenciado en Psicología

## Capítulo IV. Resultados y Discusión

### 4.1 Resultados

Los resultados correspondientes se obtuvieron mediante la sistematización de los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a un grupo heterogéneo de inmigrantes haitiano. El presente instrumento de análisis dio origen a cinco categorías en base al análisis cualitativo de contenido y al enfoque teórico de las representaciones sociales, considerando, además, en ésta última, las percepciones y actitudes, en relación con el fenómeno de la salud de esta población inmigrante, . Por lo tanto, las categorías emergentes de los segmentos de información entregados por los inmigrantes haitianos fueron reducidos a tópicos, sintetizando, por ende, los diferentes conceptos establecidos desde cada ítem de las respuestas que fueron procesadas en el análisis de contenido cualitativo. Todos estos elementos fueron incorporados en el denominado libro de códigos, de acuerdo con el análisis respectivo, determinando un instrumento que contiene los códigos definidos con una serie de ejemplos atinentes desde los discursos recolectados en el proceso de organización de los datos estructurados.

En la indagación cualitativa los investigadores deben construir formas inclusivas para descubrir las visiones múltiples de los participantes y adoptar papeles e interactivos con ellos. El investigador debe ante todo respetar a los participantes y nunca despreciarlos. (Sampieri, 2010)

Finalmente se procede a realizar un ejercicio integrativo e interpretativo. Se espera que en esta fase, se supere el nivel descriptivo y además de sintetizar las ideas presentes, se esbocen las primeras líneas interpretativas y más conclusivas del análisis. Así, a partir de la lectura de todas las categorías se construye un texto que conecte las mismas, de forma de ir volviendo a un todo articulado, superando la fragmentación propia del trabajo de análisis. (Echeverría, 2005)

De tal manera, finalmente, de entregar una mayor claridad algunos los tópicos emergentes más relevantes de la investigación , se describen y destacan las siguientes categorías .:

- 1.- Percepción y actitudes en la salud de los inmigrantes
- 2.-prendizajes y Conocimientos de la salud
- 3.-Mitos culturales de la salud
- 4.- Figura significativa en la familia

## 5.- Estilos de género en la salud de los inmigrantes

### 4.2 ANALISIS DE RESULTADOS

#### 1.- Percepción y actitudes en Salud

El relato de los inmigrantes sobre la salud es de un enorme potencial significativo en cuanto a que se le da a ese concepto un sentido fundamental para desarrollar su vida cotidiana, tanto en los aspectos laborales como familiares, debido a que su situación en el país es de enorme inestabilidad y precariedad por la escasa capacidad de redes sociales de apoyo y protección. La mayoría de ellos viven en bolsones de inequidad social brutales casi invisibilizados por su cruda pobreza. Por lo tanto, un dato relevante que se repite en casi todos los entrevistados es que su percepción de la salud la rodearán de un paradigma casi divino, en tanto que se le concibe como un don de Dios, una gracia, que protege y salva en las situaciones más difíciles y complejas para la subsistencia.

“...para mi estar sana es una cosa buena, porque nosotros estamos vivos, yo doy gracias a Dios por eso...” (Código PERACSA)

“...salud es un don de Dios...” (Código PERACSA)

Pero, también, y como otro dato relevante de los relatos, la salud para el inmigrante tiene una carga emocional y valórica de enorme repercusión y trascendencia en el sentido que la asocia con las posibilidades reales de subsistencia económicamente que de por sí son muy difíciles y complejas ante lo cual muchas veces se siente atemorizado y deprimido, invisibilizado por la contingencia cotidiana que tiene que afrontar en su necesidad de subsistir según su testimonio en el día a día.

“...Sin la salud, yo no puedo trabajar, no puedo hacer nada...” (Código FISINFA)

“...Si tú no tienes salud, no eres nada...” (Código FISINFA)

Otro elemento relevante en el testimonio de los inmigrantes, usado en esta categoría, que se dejó entrever en esta entrevista, es respecto al principal estado anímico que les provoca inestabilidad emocional, es el miedo, el que les resulta casi incontrolable ante situaciones que tienen relación con su inestabilidad laboral o precariedad de ingresos. Esta emoción recurrente es considerada un factor psicológico que puede generar

trastornos del ánimo, alteración de las relaciones, baja percepción de sí mismo y disociación de las propias emociones.

“...la enfermedad hace sufrir, derramar lágrimas...” (Código FISINFA)

“...Cuando uno está enfermo no puede hacer nada, no puede andar, no puede comer...” (Código FISINFA)

Estas situaciones aquí descritas implican para el inmigrante haitiano que con respecto a esta emoción actúe con cautela, priorice sus necesidades más inmediatas, regule la forma de interactuar y relacionarse con respecto a cuidados y requerimientos sanitarios e higiénicos, pero, sino puede controlar estas emociones lo más frecuente es sufrir trastornos del sueño, llanto espontáneo, tensión, irritabilidad, ansiedad, trastornos alimenticios, aumento del abuso de sustancias.

Un aspecto relevante de la carga emocional negativa, y que genera sentimientos de baja autoestima, que lindan con la depresión, es una suerte de desarraigo fatal al no sentirse acogido y aceptado por la comunidad local, en el modelo social dominante de salud, lo que genera cuadros depresivos y ansiosos, lo que ellos sienten a diario la violencia de vivir en un país que no reconoce el valor de su identidad y que, en el fondo, se le forzaba a aprender otro idioma y otra cultura, además de imponerles un sistema sanitario. En donde formas de educar a los niños y niñas en el contexto de la vida cultural haitiano aquí en Chile se consideran nocivos por los traumas que pueden sufrir con un estilo de enseñanza familiar que se clásica de agresivo y violento.

“...los chilenos son racistas, ¿Sí? o ¿No? , yo digo sí, bien la educación chilena o del chileno, a veces esto es tú problema como extranjero, porque no tenemos costumbre a la cultura de Chile, no sabemos cómo abrir nuestro radio, no sabemos cómo cuidar a nuestros hijos, porque acá hay que tener piedad con un niño o una niña, en nuestro país eso no pasa, cuando el niño no se comporta bien, y acá no, es por eso que tenemos que aprender mucho acá...” (Código ESGESIN)

Un sentimiento de los entrevistados es que por el tipo de cultura Chilena, creen que no pueden aprender, por lo tanto, la autopercepción que ellos tienen de sí mismos es que son tontos cuando no pueden internalizar hábitos, conductas, modelos de convivencia que tienen una carga emocional y valórica muy diferente a la del inmigrante haitiano.

## **2.- Conocimiento y estudios de salud**

En los diferentes relatos acerca de cómo aprendió el entrevistado a tener noción de la salud en términos del proceso psicológico en que se produjo la objetivación y anclaje de las representaciones sociales con respecto a este fenómeno.

“...desde Chiquitita, mi familia, la escuela, la iglesia, en casi todos los lados es como lo primordial de lo que se habla cuando uno es chico...” (Código CONESSA)

Los entrevistados señalan que el aprendizaje más sistemático fue en la escuela, inclusive se señala el uso de tecnología comunicacional, (televisión, radio, internet) en cuanto, esta fue la forma en que se conoció el fenómeno de manera didáctica y que influyó después en su vida posterior para generar conductas preventivas

“...Aprendimos a cuidarnos, por ejemplo, había una enfermedad que se llama cólera, eso hace muy mal, mató hartos haitianos, por eso tenía una campaña toda la escuela, para saber cómo poder eliminar ese virus...” (Código PERACSA)

Un entrevistado, con educación superior (profesional) narra que en su Universidad habían permanentes campañas de salud sanitaria, además de talleres y clases a las que asistían los estudiante para prevenir enfermedades como el sida u otras de índole social.

“...cuando yo estaba en mi primera carrera en una Universidad de Haití, tenía una profesora de salud familiar...” (Código CONESSA)

## **3.-Mitos culturales de la salud en inmigrantes**

Una categoría relevante es la percepción de la salud con relación al mito en cuanto a creencias mágicas que lindan con la superstición, la fantasía, para explicar los fenómenos y síntomas que son generados en el cuerpo tanto físico como psíquico por fuerzas que solamente pueden ser contenidas, dominadas y manejada por las creencias religiosas, y que producen sensaciones de agobio, angustia, ansiedad, miedo entre muchas emociones negativas.

“...hay persona que sin la hechicería no pueden vivir, que dicen que la hechicería es la que les dio la fuerza de vivir, que les dio casa, que les dio auto...” (Código MICUSALIN)

En general, una serie de relatos de los entrevistados van en esta perspectiva de considerar lo religioso mágico como una forma de explicar los fenómenos de la salud, en

la perspectiva de estructurar una respuesta psicológica que les permita reconocer y esquivar el maleficio o un mal de ojo.

“yo sé que la brujería existe, porque obviamente si existe Dios, tiene que existir un mal, si hay un bien, tiene que haber un mal, entonces la brujería si existe, pero no a todas las personas les puede llegar la brujería...” (Código MICUSALIN)

En algunos relatos se acepta la idea de que la causa de la enfermedad que padece una persona ha sido provocada por un acto de brujería, que ésta técnica tiene poder y que puede causar el mal, inclusive provocar la muerte u otra situación de gran pesar para quien la padece.

“...yo sé que la enfermedad por brujería no me llega, pero sé que existe, y la persona que no cree en dios, y que no está protegida por la cobertura de dios, si le puede llegar una enfermedad por brujería, es que donde existe el bien, existe el mal...” (Código MICUSALIN)

#### **4.- Figura significativa de la familia**

Los relatos de los entrevistados coinciden en darle a su familia un sentido central en sus vidas, de sentir que es un eje en que giran todas luchas y desafíos para poder sobrevivir en una sociedad que generalmente los invisibiliza, situación que los hace afirmarse anímicamente en torno a su familia para cargarse emocional y afectivamente y poder enfrentar así las adversidades cotidianas.

“...Es muy bueno cuando tú tienes a tu familia que no sufre ninguna enfermedad, entonces, para mantener una familia saludable tienen que cuidarse el uno al otro...” (Código, FISINFA)

Otro dato relevante de los testimonios de los entrevistado es el concerniente a cómo la familia guarda una reserva cultural significativa con respecto a su patrimonio en lo que respecta a la medicina tradicional, natural, el que es valorado como un legado familiar que se puede recrear en contextos diferentes y brindar una ayuda en casos de emergencia .

“...hasta cuando la mujer da a luz, le hacen medicamento casero, la bañan con hierba...” (Código CONESSA)



Según los relatos de los entrevistados, algunas enfermedades que acontecen en el medio familiar con sus diferentes sintomatologías, padecimientos, situaciones de estrés, son abordadas desde una sabiduría ancestral que según sus testimonios las van recibiendo a través de su linaje.

“...yo prefiero ponerme unas hierbas al vapor y acostarme para que se me vaya el dolor, o por lo mismo, prefiero tomarme un té de hierbas...” (Código CONESSA)

Existe una enorme confianza en el alivio que sienten al mantener esas tradiciones de curación por medio de hierbas y vegetales naturales que en alguna medida son una alternativa a la medicina oficial que reciben en los consultorios.

“...no me gustan los medicamentos, prefiero hacerme té, hacerme una infusión, lo que sea, así casero, porque son más efectivos” (Código CONESSA)

Pero, además, de lo anterior, en el relato de los entrevistados queda presente la importancia que representa esta forma de integración de la medicina casera en la vida cotidiana y en los momentos a veces más cruciales de su vida familiar.

“...con mi niño más grande, Wade, yo le hacía medicamentos caseros cuando se enfermaba; cuando yo parí, hice baños con hierbas...” (Código CONESSA)

## **5.-Estilos de Género en los inmigrantes**

Los relatos en relación con las diferencias de género en la representación de la Salud de los inmigrantes haitianos se determinan por los roles y funciones que cada hombre o mujer ocupa en el espacio familiar manifiestan un balance asimétrico en relación con el tema de la salud personal.. Por lo general, los hombres que se ocupan de generar ingresos fuera del contexto familiar, que señalan que casi siempre están ocupados laborando, sólo en situaciones de extrema gravedad concurren a los servicios de atención sanitaria, en cambio las mujeres acuden habitualmente tanto por ellas mismas como por sus hijos(as).

“...Yo voy al médico siempre hacerme exámenes, aunque no me sienta mal, porque uno nunca sabe lo que puede tener así oculto, hacerse chequeos, cuidarse, tratar de explorar su cuerpo, así como para saber si te sientes mal o no...” (Código ESGENIN)

En otro relato relevante una mujer afirma que tiene la capacidad natural de darse cuenta de lo que la aqueja, siente la alarma y las señales que le da su cuerpo, por lo que concurre a la brevedad al centro médico buscando la orientación que requiere ante su malestar o presentimiento de que algo está funcionando mal en su organismo.

“...como las mujeres somos más sensibles, por así decirlo, nosotras nos damos cuenta de que una vez que tenemos algo, es como una intuición, yo creo que estoy enferma y voy al médico...” (Código ESGESIN)

Con respecto a la adhesión al tratamiento el relato de las mujeres es más consecuente con las expectativas que se espera de la atención y prescripciones de la atención médica en el centro salud Familiar,

“...Si el médico me dijo, hay que tomar tal precaución para sanarte, para seguir eso, para hacer eso, lo que el médico diga para obtener la salud, es eso...” (Código CONESSA)

En otro relato una mujer sostiene la confianza en el sistema médico en cuanto que acepta que es un saber que cuenta con la experiencia y los instrumentos necesarios para atender una enfermedad y tratar su curación.

“...Yo voy al médico siempre, a hacerme exámenes, aunque no me sienta mal, porque uno nunca sabe lo que puede tener así oculto, hacerse chequeos, cuidarse, tratar de explorar tu cuerpo, así como para saber si te sientes mal o no ...” (Código CONESSA)

Otro dato relevante que señalan los entrevistados hombres es que sienten desconfianza por el sistema sanitario, porque han sentido que se les discrimina, que la atención que reciben es muy superficial, no existen especialidades y los diagnósticos y tratamientos no tiene el rigor que implica una enfermedad que requiere exámenes, y una medicamentación pertinente.

“...yo una vez tenía lumbago, yo sufro de lumbago, y fui a la posta, y me da una inyección un caballero...solamente la da nomás...usted salva como puede...” (Código ESGENIN)

A nivel de la prevención y el autocuidado en los relatos de los entrevistados las diferencias entre hombres y mujeres son mucho más marcadas, sobre todo en situaciones de emergencia, de parte de ellas existe la conciencia de que asistir a un centro médico es

una necesidad de primer nivel y que puede salvar la vida o prevenir de alguna enfermedad grave.

“...cuando una mujer está enferma se puede ir rápidamente al hospital, porque se dice que las mujeres son más sensibles que los hombres...” (Código ESGENIN)

En cambio en el relato de los entrevistados hombres existe una mayor renuencia en asistir a un centro sanitario ante una emergencia, salvo en condiciones que el afectado esté agotado de resistirse y casi en total estrés por los síntomas de su afección

“...cuando tu cuerpo está cansado de dolor tú vas a la emergencia...” (Código ESGENIN)

## Capítulo V. Conclusiones y Recomendación

El estudio de la presente investigación surgió de la indagación sistemática que se realizó a través de los discursos de un grupo de entrevistados en las representaciones sociales de la salud que forman parte de sus percepciones y actitudes con respecto de este fenómeno, de tal modo, que a continuación se expresan los aspectos más relevantes y significativos del estudio realizado con las respectivas conclusiones:

### 5.1 Discusión

La Salud, como objeto de representación social del inmigrante, fue un tanto complejo de elaborar para los entrevistados debido a la multidimensionalidad del fenómeno y a los atributos que se seleccionaron para dar cuenta del fenómeno que tiene aspectos tanto negativos y positivos para conformar su cosmovisión, sobretodo en relación con una dimensión mágico-religiosa de su cultura que tiene implicancias en los espacios de actuación en la salud/enfermedad contingente.

Otro tópico relevante son los resultados presentados en la categoría denominada “Percepción y actitudes en la salud” de donde confluyen los códigos PERACSA, CONESSA, FISINFA, los que dan cuenta de los recursos personales u capital social con los que cuentan los inmigrantes para afrontar los desafíos que implica el autocuidado y la prevención como estrategia de sobrevivencia tanto psicológica como física.

La salud, instalada como un eje de análisis, pone de relieve en los discursos elaborados por los inmigrantes, como un testimonio recurrente, el concepto de temor que copa las descripciones realizadas, como origen y causa de trastornos del ánimo ante una posible enfermedad que podría tener consecuencias catastróficas para su persona y entorno familiar en cuanto a poner en jaque la supervivencia cotidiana y futura, ante lo cual se impone un factor importante a considerar en la prevención para el abordaje de posibles problemas de salud mental cuya intervención puede disminuir o evitar cuadros de depresión de alto riesgo para la vida de estos inmigrantes.

Llama la atención que los inmigrantes le den un peso enorme a las creencias religiosas para hacerse una imagen de la salud ideal, en tanto se comprende ésta como una causa de origen divino, instalando por ende, un prejuicio que no facilita la

problematización de la salud en tanto un sistema que y tiene el imperativo de generar las condiciones institucionales para el abordaje de la salud/ enfermedad y que tiene la tarea de dar respuesta adecuadas y pertinente a los requerimiento de salud de un inmigrante, integrando, para llevar a cabo esta finalidad, el contexto sociocultural de éste y considerando su red familiar.

Esta investigación, que responde a un enfoque cualitativo, no busca constituir marcos generales de conocimiento con respecto al tema de la salud/enfermedad, sino dentro de sus delimitaciones recoger y elaborar la particularidad de las narraciones y discursos de los inmigrantes, considerando su riqueza de contenidos, variaciones, matices, para abordar nuevos desafíos para conocer esta temática desde el área de la psicología.

## **5.2 Recomendaciones**

De acuerdo con la investigación es importante reflexionar, producir y actualizar conocimientos sobre la salud en los Inmigrantes haitianos que son pacientes de los Centro de Salud Familiar (Cesfam) de comunas con población vulnerable por sus bajos ingresos que redundan en una baja calidad de vida. Esta situación descrita desfavorece mayormente a la población haitiana en sus posibilidades de acceder a una salud integral, que tenga como referencia la adopción de ciertos parámetros culturales que se estructuran en una atención primaria adecuada a su realidad psicosocial.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la constitución de la OMS: La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, (Organización Mundial de la Salud O.M.S. 2013).

La investigación deja entrever en los discursos de los inmigrantes una narración manifiesta y latente que pone sobre el tapete una serie de problemas psicosociales que pueden tener como consecuencias la emergencia de complejos cuadros depresivos y trastornos ansiosos ante la eventualidad, por ejemplo, de perder el trabajo o quedar inhabilitado para generar ingresos para la subsistencia del grupo familiar, lo que le afecta

emocionalmente en la dinámica de sus relaciones sociales por encontrarse disponible para ejercer una actividad laboral y no sentirse excluido.

Esta situación descrita como invisibilizado social se detecta ante una serie de dificultades generadas por condiciones precarias de subsistencia de radical exclusión , que por ejemplo, pueden derivar en trastornos depresivos, cuadros de violencia intrafamiliar, dependencia al alcohol u otras sustancias, desesperanza por sentirse invisibilizados ante una sociedad que no acepta la diferencia y el sufrimiento por su afán de competencia y individualización que desgarran el tejido social familiar y comunitario. Entonces, ante una variedad de situaciones agobiantes, la desesperación y la dificultad, aparece la superstición y la magia como una posibilidad viable, incluso obvia, porque quienes requieren de salud para subsistir en un medio adverso y complejo, lo hacen por dos razones: porque quiere sentir algo distinto, sentirse bien; o porque quiere dejar de sentir algo, dejar de sentirse mal.

Cabe mencionar que esta población de inmigrantes haitianos copa los servicios de salud, que ya de por sí están saturados, con los cual se recibe una deficiente atención para tratar sus temas de salud y sus diferentes enfermedades, varias de las cuales son asociadas a los difíciles problemas de adaptación sea por el idioma, la falta de competencias técnicas, los ingresos precarios, empleos de baja calificación, básicos y de baja calidad, situaciones que en su conjunto generan cuadros de estrés y ansiedad que son prácticamente difíciles de atender por falta de recursos humanos y programas especializados para atención de inmigrantes en el tema de la salud mental.

Desde otra perspectiva la investigación detecta que los inmigrantes haitianos poseen una representación social de la salud de carácter positivo en cuanto a brindarles la capacidad de adaptarse a entornos culturales distintos, con exigencias de conductas diferentes, de valores que motivan la individualización de las personas para su ingreso a una sociedad de consumo de alta competencia, por lo tanto, paulatinamente, van amoldándose a un sistema que les exige comportamientos que no son habituales muchas veces en contradicción con su rica vida social comunitaria, empezando por sus núcleos familiares.

No dejar de llamar la atención el aspecto religioso que está íntimamente arraigado a su forma de pensar y sentir la salud como una representación social , debido a que de esta creencia sacan la fuerza emocional para subsistir y proporcionarse los estados de

ánimo que les permite afrontar las disímiles dificultades en sus procesos personales y familiares de adaptación intercultural a un medio en que la religiosidad no juega un valor preeminente y que se concibe como una creencia de carácter privado. En cambio, para estos inmigrantes haitianos, el sentimiento religioso es casi una energía psicológica que les permite calibrar su existencia y darle un sentido a sus enfermedades y pesares con relación a la Salud.

Se detectan factores culturales que cumplen un cometido estratégico en la idiosincrasia ideológica con respecto a las representaciones sociales, por ejemplo, en aquellas creencias y opiniones que derivan de los mitos y supersticiones de un pueblo rico en simbologías que sólo ellos pueden dominar y manejar, lo queda de manifiesto cuando reconocen que determinadas prácticas sociales, como la brujería, pueden influir en la vida y en la muerte de una persona. Por tanto, le atribuyen a este poder de sanación o de enfermedad inducida un carácter sobrenatural del cual hay que protegerse o aliarse según los intereses o inquietudes espirituales de las personas. Tiende a ser un factor determinante es la forma de cómo se relacionan con la salud u la enfermedad, inclusive su destino individual se corresponde con estas corrientes subterráneas que atraviesan su inconsciente y que pueden producir estados alterados de conciencia, enfermedades mentales o patologías físicas. Esta situación va implicar que estén alertas a cualquier variación del entorno, sobretodo en el plano de la familia, conociendo el lenguaje que está latente en signos que sólo ellos pueden captar y procesar para dar una respuesta que los proteja o beneficie en el ámbito de la salud.

Se detecta que las diferencias de género no solamente están dadas a nivel de la estructura familiar, en cuanto a los roles y funciones que ocupa cada miembro de la familia, sino a nivel de las valoraciones de la salud que tienen hombres y mujeres que son desiguales en la importancia que tiene la Salud, lo que se muestra en el discurso femenino al darle una importancia fundamental, que no solamente se reduce a la valoración de la medicina tradicional sino que también involucra los saberes ancestrales de su cultura que la actualizan, la recrean y la complementan con la medicina oficial. Los hombres en esta dimensión son pasivos y concurren a intervenciones médicas en situaciones de emergencia, dando razones de no poder ausentarse del trabajo porque eso tendría fatales consecuencias para la subsistencia de su grupo familiar. Por tanto, la mujer juega un rol activo en el mantenimiento de su grupo familiar siendo inclusive muy

proactiva en participar en casi todas las campañas de salud que se producen en los centros médicos en la línea de la prevención y el autocuidado.

Un aspecto que se destaca en esta investigación es la importancia que el inmigrante haitiano le otorga a la salud familiar, en gran parte debido a sus hondas raíces comunitarias, que hacen de este nido social su raigambre en la configuración de su identidad social, otorgándole, necesariamente, un valor trascendental en el cuidado y protección de su grupo familiar ante la imperiosa necesidad de abrirse camino ante la adversidad que los implica a todos en la lucha por la sobrevivencia. Pero, cabe destacar, que hay familias con mayor cantidad de redes familiares en Chile que se diferencian de otras que apenas cuentan con su núcleo familiar lo que les hace más difícil el proceso de adaptación.

Esto da cuenta de que aquellas personas que llegaron inicialmente ya contaban con experiencias y/o redes pudiendo acceder más fácilmente a la migración, mientras que actualmente los que llegan provienen en su mayoría directamente de Haití y cuentan con menos capital social y experiencia en movilidad...más de la mitad de personas que llegaron a Chile no tenían una red familiar directa que los esperaba. (Instituto Políticas Públicas de Derechos Humanos IPPDH, 2017)

Un aspecto relevante, además de los descritos anteriormente, tienen relación con la importancia que adquiere el miedo a la muerte en tanto una amenaza inminente en la vida cotidiana, en parte debido a las precarias condiciones de subsistencia socioeconómica, pero, también, asociadas a una serie de creencias de naturaleza mítico-religiosa que interpretan los fenómenos de la vida diaria como acontecimientos que les pueden jugar a favor o en contra. Esta dinámica de la naturaleza de la realidad que así es traducida e interpretada genera estados emocionales de intensa tensión, sentimientos de agobio y una visión de negatividad que se acrecienta en una sociedad diferente y que culturalmente no se amolda y no tiene correspondencia con sus representaciones sociales

Áporos en griego significa “sin recursos”, y fobos significa “temor” o “pánico”. Reunidos en la palabra aporofobia, significan miedo a la pobreza. Ese es el término que la filósofa española Adela Cortina acuñó para explicar las raíces de la xenofobia y la discriminación a los migrantes en distintas partes del mundo. En Chile, la llegada de migrantes haitianos se convirtió en la definición de este nuevo término.(Lepe, 2018)



Este factor de inestabilidad que es el miedo, el temor a lo desconocido, al rechazo, la inadaptación al ambiente, a la xenofobia local, es una de las más agudas problemáticas de salud que se manifiestan en el estrés que producen los cambios y el luto que éste conlleva, el que posee características específicas que podrían convertirlo en crónico de no ser abordados a tiempo. Todas las dificultades que enfrenta el inmigrante: la soledad, la incomunicación, la pérdida de identidad, la falta de redes sociales de apoyo, la incertidumbre al no legalizar su situación, la falta de trabajo, entre varios, le producen un inmenso sufrimiento psicológico que puede producir graves perturbaciones en todos los aspectos de su vida.

La salud mental es otra situación que no ha sido suficientemente evaluada por el sistema de atención primaria en salud, donde además de la insuficiencia de recursos de este sector, se presenta la barrera idiomática que hace necesario el apoyo permanente de intérpretes para migrantes que hablan español, para llevar adelante terapias y seguimientos a quienes padecen algún tipo de trastorno o enfermedad.

### **5.3 Sugerencias**

Las representaciones sociales de los inmigrantes haitianos en relación a la Salud, en sus múltiples dimensiones y tópicos, sean sociales, culturales, sanitarias, y u otras, requieren de atención y de disposición para conocer y elaborar estrategias de salud que se adapten a estos sistemas de creencias, además, como un factor relevante que se desprende de esta investigación poner atención a la detección temprana de ciertos síntomas que nos pueden indicar problemas de salud mental.

Es necesario poner atención en varios factores que se conjugan en el mejoramiento de la atención en salud de los inmigrantes haitianos, considerando algunos aspectos significativos de sus representaciones sociales como los problemas que generan procesos de adaptación intercultural, las enfermedades que no han sido intervenidas previamente a la inmigración, por las nuevas enfermedades tanto físicas como mentales que se relaciona a los procesos de asimilación a una nueva cultura, por la necesidad de acceder a las nuevas tecnologías y tratamientos de salud, por instalar área de salud mental que superen la precariedad actual de atención, fundamentalmente, en cuadro de depresión y estrés, teniendo presente los complejos procesos de inadaptación que sufre un sector de población inmigrante tanto en patología mentales y corporales. Además de lo

anterior, es muy importante elaborar y promover programas de Salud orientadas a esta población que consideren su idioma, su idiosincrasia, sus creencias para hacer el abordaje en problemáticas pandémicas como el Sida, el cólera, la tuberculosis, y otras enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, . Cabe consignar, finalmente, que se detectan tanto niño como adultos con problemas de sobrepeso, además de consumo abusivo de sustancias adictivas, lo que conlleva a prevenir estilos de vida generadores de patologías. Y personal, es decir, contar con recursos humanos que puedan atender sin racismo, conocedores de la cultura haitiana. .

Cabe también mencionar que se hace necesario un protocolo ante las emergencias provocadas por alguna enfermedad grave o por el agravamiento de ésta en cuanto a contar con personal idóneo, capacitado, con manejo del idioma, que pueda dar una respuesta oportuna además de contar con los recursos necesarios para la atención de urgencia y traslado al centro asistencial que sea requerido. Esta es una falencia del sistema de salud que pone en riesgo de la vida de estas personas inmigrantes, suscitándose, en varias ocasiones, actitudes discriminatorias de parte del personal del servicio asistencial por el hecho de ser un inmigrante haitiano lo que ha costado el deceso ante la demora en la reacción del servicio hospitalario.

Se detecta un persistente problema comunicacional por las llamadas “barreras del idioma” que a esta altura del proceso de inmigración haitiana no tienen justificación, debido, principalmente, a que la población haitiana tiene una representación de miles de personas en las diversas comunas vulnerables o de clase media baja, enfrentándose, por lo mismo, a servicios de salud que no cuentan con personal preparado en idioma creole para atender los temas de salud tanto físicos como psicológicos, además de no contar con los medios tecnológicos apropiados para atender situaciones de urgencia que afectan al inmigrante haitiano.

Otra situación que tiende a agravar la atención en salud primaria es no contar con personal preparado en interculturalidad, por tanto, falta formación y conocimiento de cómo se trata la salud en otro país, en este caso, en Haití, en donde prácticamente no existe la atención primaria que casi siempre, por razones culturales sanitarias es atendida por la familia o por organizaciones no gubernamentales. En Haití sólo existe la atención hospitalaria, por tanto, es necesario iniciar campañas educativas que orienten a las personas haitianas en la importancia de asistir a la atención primaria, involucrar a sus grupos familiares, conocer sus derechos a la salud y a participar en las campañas

preventivas. Por lo mismo, es necesario dar una prioridad en inscribirse en el sistema de salud público, lo que para el inmigrante haitiano no es un tema que ocupe su interés inmediato, sino que están en un estado interior más de supervivencia que de bienestar.

Es importante que los sistemas de salud primaria conozcan la sintomatología de los problemas de salud/ enfermedad de los inmigrantes haitianos, que exista un personal médico y psicológico que se maneje en el dialecto Kreyól haitiano y en la cultura haitiana en general, además de que el personal de salud conozca y se maneje en la política de salud a inmigrantes promulgada por Ministerio de Salud (MINSAL) el año 2017, que se aplica todavía deficientemente en los centros de salud primaria de la comunas con mayor vulnerabilidad social.

El inmigrante haitiano tiene que hacer frente a un sistema sanitario en que hay algunos funcionarios que presentan un comportamiento xenófobo en general en sus modos de entregar atención, que comprueba la existencia de prejuicios y de abuso, que de cierta manera seleccionan a quiénes van a atender primero o después, ante lo cual el inmigrante sufre discriminación que lo afecta emocionalmente y genera en él una baja autovaloración que lo hace desertar muchas veces del sistema, por lo que se requiere una permanente evaluación del tipo y modo de atención que recibe el inmigrante que salvaguarde su dignidad de persona.

La resignación es una emoción englobante en la experiencia migratoria de los haitianos en Chile. Puesto que para lograr sus proyectos migratorios tienen que resignarse frente a los obstáculos encontrados. De esta manera se callan y encuadran en el excluyente funcionamiento de la sociedad chilena en materia migratoria (Calderón y Saffirio, 2017). ( Se cita en Rodríguez, 2018)

Una de la conclusiones que deja esta investigación, es que es prioritario incrementar la relación entre los diferentes actores de la salud y los usuarios de ésta, en el caso específico de la población inmigrante haitiana, entre profesionales de la salud, junto con educar a la población de los gobiernos locales que albergan bolsones de pobreza dura, sobre lo que significa el hecho migratorio. Es necesario, por tanto, realizar estrategias de prevención para reducir la estigmatización, acercarse al lenguaje y a la cultura de los inmigrantes haitianos, considerando, además, la conciencia de género en los servicios de salud familiar y favoreciendo la participación de la comunidad haitiana.

Este trabajo de investigación puede hacerse más extensivo a un grupo mayor y heterogéneo de inmigrantes haitianos para tener una mirada más profunda y sistemática sobre las representaciones sociales en el tema de la salud, en términos de abarcar una muestra más amplia, que incluya regiones , comunas, pero, también, acogiendo la diversidad de expresiones sociales con respecto al fenómeno de la salud que forman parte del patrimonio cultural haitiano, en cuanto puedan potenciar los hallazgos de esta primera exploración .

#### **5.4 Conclusiones**

Los procesos psicosociales de adaptación intercultural para la población haitiana en los servicios de atención primaria (Cesfam) han sido complejos, en primer lugar, por no contar con un personal adecuado en términos interculturales para la atención de un inmigrante que sufre del síndrome del proceso de adaptación en cuanto a presentar problemas de salud mental aparte de otros síntomas, que tiene dificultades con el idioma español, que no tiene el hábito de los servicios de atención primaria, que no es capaz de mantener una adherencia y desconocimiento de la medicación de algunos fármacos frecuentes para determinadas patologías.

Sin embargo, en el presente estudio se pudieron percibir a través del testimonio de los propios haitianos que en algunas representaciones de salud éstas les han facilitado en alguna medida el proceso de adaptación a un sistema de salud que les abre la posibilidad de una atención familiar y que considera algunos de sus representaciones psicosociales aunque sesgadas pero significativas para iniciar procesos de interculturalidad a través de la Psicoeducación y otras formas de integración en un modelo de atención Biopsicosocial.

El concepto del Salud mental en el inmigrante haitiano es dinámico, activo, se adapta a las condiciones cambiantes interculturales, a pesar de las complejidades y dificultades de su inserción en el sistema de salud, en donde es capaz de estructurar los nuevos requerimientos, esquemas y representaciones sociales de la salud que operan en el sistema de salud Chileno.

Los inmigrantes haitianos logran adaptarse y ajustarse a los requisitos de funcionamiento de un sistema de salud de carácter comunitario que integra un visión biopsicosocial para un proceso integral de intervención y tratamiento que requiere de un sujeto participativo y consciente. Por tanto, logran conocer sus derechos a la salud y

operar con los protocolos de atención que no son todavía muy claros desde la interculturalidad que demanda una atención variada y multifacética y que presentan sesgos y deformaciones.

Un peso ideológico psicosocial importante para el haitiano tiene relación con su concepción religiosa de la salud que lo lleva a presuponer fuerzas externas que lo pueden afectar en su salud física y mental para lo que se requiere de una serie de mecanismos rituales de sanación que sólo puede practicar en un plano privado y de acceso vedado para el extranjero. En este aspecto el sistema público todavía está cerrado y estas prácticas las percibe con aprensión y prejuicios; inclusive son sancionadoras y reciben un rechazo de descalificatorio de carácter racista por considerar que son prácticas primitivas.

Algunas situaciones de índole social y personal que afectan al inmigrante haitiano en su acceso directo al sistema de salud y permanencia en él, es el que tiene relación con la comunicación, sus idiomas originalmente, el desconocimiento de no estar habituado a la atención primaria de salud, debido a que en su país de origen sólo existe la atención terciaria,

Se detectan grandes diferencias de género en los estilos de salud, en grande parte debido a que los inmigrantes haitianos provienen de una sociedad patriarcal, con fuertes rasgos machistas, en donde la mayoría de las mujeres cumplen un rol de subordinación y sumisión al hombre. El cuidado de la salud en la mujer se percibe como una debilidad; en cambio, en el hombre, éste llega a un centro de salud sólo en accidentes graves o que ponen en riesgo su vida.

La mujer es la que directamente se preocupa del cuidado de sus hijos en lo que concierne a la salud en general, ella los integra a las campañas masivas de vacunación de epidemias, a los chequeos médicos que sean pertinentes, a la recepción de alimentos con nutrientes vitamínicos y a la administración de fármacos en caso de que sean prescritos.

Un factor importante en el estilo de afrontamiento de la salud y la enfermedad es el aspecto comunitario que ésta tiene en relación con el núcleo familiar del que forman parte, se les da una importancia fundamental a la atención de los niños quienes no sólo reciben atención médica sino que son derivados a Jardines o Colegios de la Comuna como parte del modelo comunitario biopsicosocial integral de salud.

El uso de tradiciones adquiridas familiarmente para favorecer la salud y la sanación es el uso que se hacen de hierbas medicinales, masajes, rogativas, que logran algún resultado terapéutico para tratar dolencias que los afectan cotidianamente, y sobre todo, por el profundo sentido que adquieren en su cosmovisión de la vida social.

Los aspectos relacionados con la salud mental están relegados y sólo se consulta por somatizaciones de índole física, en gran medida debido a que no existe personal preparado interculturalmente para atender en términos de manejar el idioma Kreyól, conocer la cultura, las problemáticas psicosociales, de tal manera de realizar un intervención

Uno de los problemas que se perciben en las narraciones de los inmigrantes haitianos con respecto al cuidado de su salud, es el que dice relación con el proceso de adhesión al tratamiento, lo encuentran demasiado largo, que les interrumpe muchas de sus actividades cotidianas y que sus resultados a veces nos son los esperados. En este aspecto, por tanto, falta un programa idóneo, preciso, intercultural, que promueva la adhesión al tratamiento y que facilite su internalización como parte del autocuidado y responsabilidad personal con su propia salud y la de su núcleo familiar.

Es necesario, por lo anteriormente expuesto, desarrollar acciones estratégicas en prevención en diferentes materias de salud orientadas a la interculturalidad, campañas educativas para terminar con la estigmatización, la exclusión, la discriminación y facilitar los procesos de integración en la sociedad Chilena.

Existe insuficiente información estadística sobre los aspectos sociodemográficos de esta población haitiana en el Cefam de San Ramón, que es usuaria habitual y beneficiaria, de un servicio de salud comunitario (Cefam) lo que dificulta un análisis con datos más pertinentes para su sistematización sobre la población haitiana inmigrante y para el desarrollo de políticas específicas para su integración local.

## REFERENCIAS

Alcántara, G. (2008) *La definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Vol.9, núm.1, junio, 2008, pp .93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas Venezuela. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Amode, Nassila, Rojas, Nicolás, Vásquez Jorge. (2015). *Racismo y matrices de "inclusión" de la migración Haitiana en Chile: elementos conceptuales para la discusión*. *Polis Revista Latinoamericana*. Recuperado en: <http://journals.openedition.org/polis/11341>

Aranda, V. (2011) *Reflexión y análisis de políticas y prácticas innovadoras a la luz de las representaciones sociales y de la necesidades una educación intercultural en la formación inicial docente*. *Estudios pedagógicos XXXVII, Nº 2: 301-314*. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v37n2/art18.pdf>

Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. *Cuadernos de Ciencias Sociales Sociales* (Flacso), primera edición, octubre.

Araya, S. (2002) *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede Académica n José, Costa Rica*. Primera Edición.

Borrell i Carrio, F, (2002) . *El modelo Biopsicosocial en evolución*. Rescatado de : [https://www.researchgate.net/profile/Francesc\\_Borrell-Carrio/publication/256812433\\_El\\_modelo\\_biopsicosocial\\_en\\_evolucion/links/5b867b25299bf1d5a72ef0e7/El-modelo-biopsicosocial-en-evolucion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francesc_Borrell-Carrio/publication/256812433_El_modelo_biopsicosocial_en_evolucion/links/5b867b25299bf1d5a72ef0e7/El-modelo-biopsicosocial-en-evolucion.pdf)

Cuesta, F. (2011). *Sobre la locura y emigración en el mundo globalizado*. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. Vol. 10, Nº 1, pp. 21-45. Recuperado en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/137/163>

Cáceres, P. (2003) *Análisis Cualitativo de Contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. *Psicoperspectivas* .

Cuestas, F. (2013) . *Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos...sobre la identidad del inmigrante*. *Rev. Inter. Mob. Hum., Brasilia* , Ano XXI, n. 40, p.211-228, jan./jun. Recuperado en : <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/13.pdf>

Dittus, R., Basulto, O. Riffo, I. (2017). *La investigación en Chile sobre imaginarios y representaciones sociales*. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n58/0717-554X-cmoebio-58-00103.pdf>

Echeverri, B. y Margarita M. (2016). *Otredad racializada en la migración forzada de afrocolombianos a Antofagasta (Chile)* . *Nómadas 45 / octubre/ Universidad Central de Colombia*. Recuperado en : <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n45/n45a07.pdf>

Echeverría, G.G. (2005) *Análisis cualitativo por categorías, Apuntes docentes de metodología Educación, Universidad Academia de Humanismo Cristiano . Escuela de Psicología*.

Flick. U. (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid. España : Editorial Morata

Franco, M., Villareal, E., Vargas, E., Martínez, L., Galicia, L. (2010). *Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital la Ciudad de Querétaro, México*. *Rev. Méd. Chile* v.138 n.8, Santiago

Franken, L, De Lima Coutinho, M., Pereira, M. (2012). *Representaciones sociales, salud mental e inmigración internacional*. *Psicol. Ciencias. Prof. Vol. 32 nº 1 Brasilia* 2012. Recuperado en : <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a15.pdf>

Henao, H. (2012). *Representaciones sociales del consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia , 2000*. *Revista Facultad nacional, salud Pública* . Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a04.pdf>

Hernández, Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista, Lucio María Pilar (2010). *Metodología de la Investigación*. *Mc Graw Hi*. Quinta edición. Impreso en México.



IPPDH (2017) *Diagnóstico Regional sobre migración haitiana*, Instituto de políticas en derechos humanos del Mercosur, Argentina.

Jodelet, D. (1984). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En Moscovici, S. *Psicología Social* Aires-México: Paidós.

Knapp, E. , León I. , Mesa, M. , Suárez, María. (2003). *Representación Social de la Salud Humana*. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana. *Revista Cubana de Psicología*, Vol.20, núm.2. Recuperado en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-RepresentacionesSocialesDeLaSaludDeUnaComunidadRur-5620458%20\(1\).pd](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-RepresentacionesSocialesDeLaSaludDeUnaComunidadRur-5620458%20(1).pd)

Krause, M. (1995). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Revista Temas de Educación N° 7, año 1995, pp. 19-39.

Laham, Mirta. *EL Modelo Biopsicobiológico*. *Psicología de la Salud*. Recuperado en: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad/el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1p>

Liberona, N.. (2015). *Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. Si somos americanos*. *Revista de Estudios Transfronterizos Volumen XV/ N° 2 / Julio – diciembre 2015 / pp. 15-40*. Recuperado: <http://www.scielo.cl/pdf/ssa/v15n2/art02.pdf>

Lepe, P.A. (2018) *Crónicas de migrantes haitianos: Chile, ¿País de oportunidades?*, Universidad de Chile, Instituto de la Comunicación e imagen, Escuela de Periodismo. Santiago, Chile.

Lleana J. (2011). *La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos*. Centro de investigación y docencia en educación. Universidad Nacional de Costa Rica. Recuperado en: [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION\\_UNPAN/BOL\\_DICIEMBRE\\_2013\\_69/UNED/2012/investigacion\\_cualitativa.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION_UNPAN/BOL_DICIEMBRE_2013_69/UNED/2012/investigacion_cualitativa.pdf)

Mantilla, P. (2003). *Salud Integral: evolución del concepto y propuesta actual*. *Síntesis teórica*. Recuperado en: [http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/salud\\_integral\\_evolucion\\_y\\_propuesta.pdf](http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/salud_integral_evolucion_y_propuesta.pdf)

Meneses, A. (2014). *Representaciones sociales sobre afrodescendientes: la aventura cultural, la violencia sexual-género y luchas multidimensionales. Mem.soc/Bogotá (Colombia)*. Recuperado en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/memoysociedad/article/view/10997>

Migración Haitiana en Chile. Recuperado en: [https://www.researchgate.net/publication/308972643\\_Migracion\\_Haitiana\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/308972643_Migracion_Haitiana_en_Chile)

Ministerio Federal de cooperación Económica y Desarrollo. (2009 ). *Salud y Derechos Humanos. Especial 164*. Recuperado en: <https://www.bmz.de/en/publications/archiv/topics/health/Esp164.pdf>

Mora, M. .( 2002). *La Teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital, o2, 23*. Recuperado en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>

Moreno, J. (2015). *Representaciones sociales de la salud de una Comunidad rural de Colombia*. Revista de Psicología Universidad de Antioquía 7(2), 47-62.

Moscovici, S. (1985) *Psicología social I, Influencia y cambios de actitudes individuos y grupos. Cognición y desarrollo Humano*, Paidós, Impreso en España..

Moscovici, S. (1985). *Psicología social II, Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales. Cognición y desarrollo Humano*, Paidós, Impreso en España..

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Huemul S.A.

Oblitas,L. (2008). *Psicología de la Salud: Una Ciencia del Bienestar y la Felicidad* Recuperado en : <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Organización Internacional para las Migraciones OIM. Glosario sobre Migraciones. N° 7. Recuperado en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2017). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002*. Recuperado en: <http://www.who.int/es/>

Pelcastre-Villafuente, B. (2001). *Menopausia: Representaciones sociales y prácticas*. Centro de Investigación en sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperado en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000500004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500004)

Rodríguez, P.H. (2018) *Migración y exclusión social: El caso haitiano en Chile*, Facultad de Arquitectura y arte, universidad de Desarrollo, Santiago, Chile.

Rojas, N. y Silva, C. (2016) *La migración en Chile: Breve Reporte y caracterización*. Informe OBIMID Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. Recuperado en: [http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe\\_julio\\_agosto\\_2016.pdf](http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf)

Rojas, N. Amode, N. , Vásquez, Jorge. (2015). *Racismo y matrices de "Inclusión" de la migración Haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión*. Polis. Revista Latinoamericana, Volumen 14, Nº 42, p. 217-245. Recuperado en: [http://www.scielo.cl/pdf/polis/v14n42/art\\_11.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/polis/v14n42/art_11.pdf)

Sánchez, V.( 2012). *El bienestar de los jóvenes en las representaciones sociales de las personas mayores*. Divers: Perspect. Psicol. / ISSN: 1794-9988 / Vol.8 / Nº 1 / /pp. 39-52. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v8n1/v8n1a04.pdf>

Sandoval, C. (1977). *Sueños y sudores en la vida cotidiana de trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción*. San José, Costa Rica : Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Sampieri, R.H. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A.

Tijoux, M.( 2013). *Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago: Elementos para una educación contra el racismo*. Polis. Revista Latinoamericana, Volumen 12 , Nº 35, 2013, p. 287-307. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/polis/v12n35/art13.pdf>

Torres, G. Osvaldo; Garcés, H. Alejandro.( 2013). *Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile*. Polis. Revista Latinoamericana, Volumen 12, Nº 35, 2013, p. 309-334. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/polis/v12n35/art14.pdf>

Torres, López Margarita; Sandoval, Díaz Manuel; Pando, Moreno Manuel (2005). *“Sangre y Azúcar” : Representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México.* Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/12.pdf>

Vergara, M. (2008). *La naturaleza de las representaciones sociales, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Vol. 6, núm. 1, enero-junio , pp. 55-80, centro de estudios avanzados en niñez y juventud. Manizales, Colombia.* Recuperado en : <http://www.redalyc.org/html/773/77360103/>

Vergara, M. (2008). *La Naturaleza de las representaciones sociales.* Revista Latinoamericana, ciencias sociales. Niñez, Juventud 6(1): 55-80.

## ANEXO N° 1

### Anexo Libro de Códigos

<b>Código</b>	<b>PERACSA (Percepción y actitudes en Salud )</b>
Definición breve	Se refiere a las creencias y valores que los inmigrantes poseen de la salud
Definición completa	Consideraciones de elementos o factores que estructuran una creencia de sentido común con respecto a la salud
Cuando se usa	Cuando las condiciones descritas aluden a un sentimiento, idea , opinión que es requerido por un contexto sanitario
Cuando no se usa	Cuando las condiciones no requieren
Ejemplo	“...para mi estar sana es una cosa buena, porque nosotros estamos vivos, yo doy gracias a Dios por eso...” “...salud es un don de Dios...”

<b>Código</b>	<b>CONESSA (Conocimiento y estudios de salud)</b>
Definición breve	Conocimientos y experiencias sobre la salud
Definición completa	Experiencias adquiridas en la vida cotidiana familiar y educacional en la formación sistemática y/o de representaciones sociales de sentido común
Cuando se usa	Cuando se menciona la experiencia o conocimiento o vivencia en torno a los temas de salud para certificar información fiable
Cuando no se usa	Cuando se no se posee un conocimiento sistemático o insuficiente experiencia didáctica
Ejemplo	“...desde Chiquitita, , mi familia, la escuela, la iglesia, en casi todos los lados es como lo primordial de lo que se habla cuando uno es chico...”  “...Cuando yo estaba en la Universidad, tenía una profesora de salud familiar...de educación sanitaria...”

<b>Código</b>	<b>MICUSALIN (Mitos culturales de la salud en inmigrantes)</b>
Definición breve	Conocimientos y experiencias sobre los mitos de la salud
Definición completa	Experiencias adquiridas en la vida social para la objetivación y el anclaje de conocimientos míticos que forman parte del sentido común de la comunidad.
Cuando se usa	Cuando se menciona la experiencia , conocimiento o vivencia en torno a la cultura popular y que permite el abordaje de algunas situación de salud/enfermedad
Cuando no se usa	Cuando se presentan elementos sociales que limitan e inhiben la expresión de sentido común de carácter mitológico que es visto como una superstición.
Ejemplo	<p>“...hay persona que sin la hechicería no pueden vivir, que dicen que la hechicería es la que les dio la fuerza de vivir, que les dio casa, que les dio auto...”</p> <p>“...ellos o el que cree en ellos...lo hacen de un día para otro...”</p> <p>“...Yo sé que la brujería existe, porque obviamente si existe dios, tiene que existir un mal, si hay un bien, tiene que haber un mal, entonces la brujería si existe, pero no a todas las personas le puede llegar la brujería...”</p>

<b>Código</b>	<b>FISINFA (Figura significativa de la familia)</b>
Definición breve	Corresponde a las necesidades y demanda del entorno familiar con respecto a la salud
Definición completa	Necesidades desde el grupo familiar a las instituciones de salud
Cuando se usa	Cuando existe ausencia y/o precariedad de recursos imprescindibles para el mantenimiento y la supervivencia de la

	familia que demandan atención de salud institucionalizada
Cuando no se usa	Cuando las necesidades mínimas de salud están cubiertas por los conocimiento y experiencia del grupo familiar para el abordaje de algunas sintomatologías.
Ejemplo	“...Es muy bueno cuando tú tienes a tu familia que no sufre ninguna enfermedad, entonces, para mantener una familia saludable tienen que cuidarse el uno al otro “ “...en la familia encuentras apoyo y afecto...”

<b>Código</b>	<b>ESGENIN ( Estilos de Género en los inmigrantes)</b>
Definición breve	Identidad, valores, creencias que diferencian actitudes y percepciones de género
Definición completa	Cómo se diferencian las percepciones entre hombres y mujeres con respecto a los
Cuando se usa	Cuando se requiere diferenciar actitud con respecto al autocuidado, la prevención, en los contextos de vida familiar
Cuando no se usa	Cuando no se necesita hacer diferencias ante las instituciones que entregan servicios sanitarios estandarizados
Ejemplo	“...Yo voy al médico siempre hacerme exámenes, aunque no me sienta mal, porque uno nunca sabe lo que puede tener así oculto, hacerse chequeos, cuidarse, tratar de explorar su cuerpo, así como para saber si te sientes mal o no...”

## **ANEXO N ° 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACION**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Carlos Angulo Winther, de la Universidad Miguel de Cervantes. La meta de este estudio es poder indagar acerca de las Representaciones Sociales de la salud.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 50 a 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---



Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Carlos Angulo Winther. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es indagar acerca de las Representaciones Sociales de la salud.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente entre 50 y 60 minutos.

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

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Carlos Angulo Winther.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

Fecha:

(En letras de imprenta)

### **ANEXO N° 3**

#### **PAUTA DE ENTREVISTA**

El investigador antes de la entrevista se prepara un guión temático sobre lo que quiere que se hable con el informante.

Las preguntas que se realizan son abiertas. El informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guión inicial pensado por el investigador cuando se abren temas emergentes que es preciso explorar.

El investigador debe mantener la atención suficiente como para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural

Durante el transcurso de la misma el investigador puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas.

#### **CATEGORIA ANTECEDENTES GENERALES**

1	Sexo :	
2	Edad: Cuántos años tienes	
3	¿Trabajas?	
4	¿Cuál es tu actividad laboral?	
5	¿De dónde eres?	
6	¿Dónde has nacido?	
7	¿Dónde vive?	
8	¿Cuánto tiempo llevas viviendo aquí?	
9	¿Estudias?	
10	¿Qué estás estudiando?	
11	¿Tienes pareja?	
12	¿Vives con ella?	
13	¿Estás casado/ casada?	
14	¿Cuántos hijos tienes?	
15	¿Qué edades tienen tus hijos?	
16	¿Cuáles son tus ingresos anuales?	

### CATEGORIA ANTECEDENTES DE SALUD EN GENERAL

17	¿Desde cuándo eres beneficiario de Cesfam?	
18	¿Te atiendes esporádicamente?	
19	¿Eres beneficiario inscrito en Cesfam?	
20	¿Participas de algún programa de Salud?	
21	¿Participa otro familiar tuyo?	
22	¿Tienes alguna enfermedad?	
23	¿Esa enfermedad es leve/moderada/ crónica?	
24	¿Cómo es tu adherencia al tratamiento?	
25	¿Qué opinas de la atención en Cesfam?	
26	¿Retiras y usas los fármacos?	

### CATEGORIA ANTECEDENTES SOCIOCULTURALES

27	¿Qué concepto sobre salud?	
28	¿Valoración de Salud?	
29	¿Mitos sobre Salud?	
30	¿Aprendizajes sobre salud?	
31	¿Tienes alguna religión?	
32	¿Influye la religión en el cuidado de tu salud?	
33	¿Usas medicinas tradicionales?	
34	¿Sigues alguna tradición familiar?	
35	¿Cultivas plantas medicinales?	
36	¿Qué efectos tienen sobre tu salud?	
37	¿Estilos de Género sobre la Salud?	
38	¿Figura significativa en la Familia?	

