

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**PERCEPCION DE RIESGO DEL VIH-SIDA EN MUJERES HUILICHES DE 15 Y  
MÁS AÑOS, DEL AREA RURAL, PERTENECIENTES A ALGUNAS COMUNAS DE  
LA ISLA DE CHILOÉ**

Tesis presentada como parte de los requisitos para  
optar al **GRADO DE LICENCIADA EN  
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

**LORETO PRISCILA VARGAS MARDONES**

**VALDIVIA – CHILE**

**2006**

## COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESOR/A PATROCINANTE:

Sra. Debbie Guerra Maldonado

Firma

PROFESOR/A COPATROCINANTE:

Sra. Myriam Márquez Manzano

Firma

PROFESOR/A COLABORADOR/A:

Sra. Marta Santana Soto

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

## INDICE

Capítulo		Página
	RESUMEN SUMMARY	
1	INTRODUCCION	1
2	MARCO TEORICO	4
2.1	SIDA, situación mundial, nacional y de la Décima Región	4
2.2	Riesgo, percepción de riesgo y VIH-SIDA	5
2.3	Vulnerabilidad de las mujeres al VIH	7
2.3.1	Vulnerabilidad y VIH, contexto de las mujeres indígenas mapuches	9
2.3.1.1	Salud y enfermedad para el pueblo mapuche	10
2.3.1.2	Contexto socioeconómico de las mujeres indígenas mapuches	13
3	MATERIAL Y METODO	15
3.1	Enfoque del estudio	15
3.2	Selección de la muestra y población	15
3.3	Técnica de recolección de datos	16
3.4	Procesamiento y análisis de información	17
3.5	Validación y confiabilidad de la investigación	18
4	DISCUSION Y RESULTADOS	20
4.1	Presentación de las informantes y una breve descripción de su realidad socioeconómica	20
4.2	Salud y Enfermedad: el papel de la alimentación y el medio ambiente	22
4.2.1	Pertenencia al pueblo huilliche: ¿Factor protector ante las enfermedades?	24
4.2.2	Visión mágica de la enfermedad y coexistencia entre la medicina tradicional y natural	26
4.2.3	El contagio: diferencias generacionales en su concepto	30
4.2.4	Riesgo, dualidad positiva y negativa	32
4.3	Salud sexual y mujeres huilliches	34
4.3.1	Acceso información: diferencias generacionales	34
4.3.2	Infecciones de Transmisión Sexual, realidad que se percibe con lejanía	37

4.4	Conducta sexual: la realidad tras los prejuicios positivos de la moral mapuche	38
4.5	La problemática del VIH desde la mirada de las mujeres huilliches de Chiloé	41
4.5.1	Acceso información y el diálogo en la comunidad	41
4.5.2	Modelos-estigmas vigentes	44
4.5.3	Poblaciones de riesgo, la mirada de las mujeres huilliches	45
4.5.4	Los Mitos	48
4.5.5	Utilización del preservativo: lucha generacional y rodeada de mitos	49
4.5.6	SIDA: Mal de otros	52
4.5.7	Pertenencia al pueblo huilliche y contagio del VIH	55
5	CONCLUSIONES	58
6	BIBLIOGRAFÍA	61

## INDICE ANEXOS

<b>Anexo</b>		<b>Página</b>
1	Preguntas guía entrevista grupal e ítems entrevista en profundidad	66
2	Carta de consentimiento	70
3	Categorías y subcategorías de análisis	71

*A todos quienes hicieron posible el alcanzar esta meta, a los robles que permitieron a mis ramas alcanzar el sol...*

*A la música y el ensueño de la voz de mi madre y la fortaleza y rectitud de mi padre que me enseñaron desde niña la importancia y el respeto por los demás, serán siempre el modelo de mi vida...*

*Al amor, a la amistad y la fraternidad que representan todos mis seres queridos...*

*A quienes han sido mi real guía durante estos años....*

*A las mujeres que abrieron la puerta de sus vidas, para la ejecución de esta investigación...*

*A todos y todas muchas gracias...*

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación es describir la percepción de riesgo del VIH-SIDA que poseen las mujeres huilliches de 15 y más años, pertenecientes al área rural de algunas comunas de Chiloé. Para el diseño de este estudio, se utilizó un enfoque cualitativo descriptivo-exploratorio, con método de casos instrumental. En la investigación participaron quince mujeres de cinco localidades huilliches pertenecientes a las comunas de Quellón, Chonchi y Queilén, a las que se les aplica entrevistas grupales y en profundidad, como instrumentos de recolección de información.

En el desarrollo de la investigación, estas quince mujeres, expresan desde sus vivencias que el riesgo del VIH es percibido como un problema lejano a sus comunidades y es señalado, como un mal que afecta a personas ajenas a éstas. Esta lejanía está relacionada con "*barreras protectoras naturales*", como la distancia de la isla de Chiloé de otros lugares del país, por el aislamiento geográfico que conlleva su condición de isla, así como la búsqueda de parejas en su misma comunidad. Así mismo, señalan algunos riesgos, como la entrada de personas ajenas a la Isla y a sus comunidades, reafirmando la idea anterior. La vulnerabilidad a esta infección es asignada principalmente a los/as adolescentes de sus comunidades, atribuyendo a éstos/as un comportamiento sexual "*despreocupado*", además de señalar un cambio en el comportamiento sexual, tanto de los hombres como mujeres, hacia la multiplicidad de parejas sexuales.

La existencia de mitos, tales como, la identificación de hospitales como lugares de contagio y la estigmatización histórica de grupos homosexuales y trabajadoras sexuales, como el "*tipo*" de personas que poseen el VIH, se relaciona con la información confusa y descontextualizada que poseen estas mujeres, así como también muestra cierta reticencia y desconfianza de la medicina tradicional/occidental.

En este contexto, el presente estudio pretende entonces, dar una mirada a los factores culturales que intervienen en la forma de asimilar el riesgo del VIH en un grupo perteneciente a los pueblos originarios de nuestro país, presentando un precedente informativo importante, que se debe tomar en cuenta al momento de realizar promoción y prevención en salud, y específicamente sobre VIH. Lo anterior, para el desarrollo de estrategias pertinentes a estas comunidades, que sean capaces de hacer conciente este riesgo latente en sus vidas, aminorando la probabilidad que se conviertan en potenciales víctimas de este flagelo en nuestro país. Espera además, proporcionar información valiosa, contribuyendo al logro de la equidad para nuestros grupos étnicos, al ampliar el concepto de interculturalidad en salud, generando una instancia de retroalimentación entre su cosmovisión y la de lo/as prestadores/as de salud.

Palabras clave: mujer huilliche, riesgo, contagio, salud-enfermedad, salud sexual, VIH-SIDA, factores protectores, factores de riesgo.

## SUMMARY

The main objective of this research is to describe the perception with regards to the risk of AIDS-HIV that huilliche women aged 15 or older have. These women are from the rural areas of Chiloé. A descriptive-exploratory qualitative approach with tool case method was used to design this study. Fifteen women from five huilliche places from Quellón, Chonchi and Queilén took part in the research. They were subjected to in-depth and group interviews data-gathering instruments.

During the development of this research these five women showed from their own experiences that the HIV risk is felt as a distant problem and is signalled as a disease that affects people who do not belong to their communities. This distance is related to “natural protective barriers”, like for instance the distance between Chiloé Island and other parts of the country, the geographical isolation due to its condition of island, as well as the search for mates within the community. In the same way some risks are pointed out, like the arrival of foreign people, which reinforces the previous statement. Community teenagers are signalled as the most vulnerable group to this infection, as they are ascribed to as “careless people” in relation to their sexual behaviour. A change in the sexual behaviour of men as well as in women and the multiple sexual mates were also pointed out.

Myths such as hospitals as places of infection and the historical stigmatization of homosexual groups and prostitutes and the “kind” of people who get HIV, are related to unclear and out of context information that these women have and it also shows their reluctance and distrust towards traditional/western medicine.

In this context, this study aims at observing cultural factors that take part in the way native people from our country assimilate the risk of HIV, showing an important informational precedent that needs to be taken into account at the moment of promoting health prevention, especially about HIV. The aforementioned, to develop strategies appropriate to these communities, that can be aware of this latent risk in their lives, reducing the possibility of becoming victims of this calamity in our country. At widening the concept of intercultural health and promoting a time for feedback between their concept of the world and that of sanitary health providers this research also hopes to provide valuable information to contribute to seek equity for our ethnic groups

**Key Words:** Huilliche woman, risks, infection, health-disease, sexual health, AIDS HIV, protective factors, risk factors



## 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene por propósito describir la percepción de riesgo de VIH-SIDA de las mujeres huilliches de Chiloé, y cómo su cultura podría determinar un mayor o menor riesgo de contagio de esta infección.

Al tratar de relacionar la vida del pueblo huilliche con el riesgo del VIH, lo primero que queda en evidencia es que la documentación que relaciona la salud sexual y la vida del pueblo huilliche es prácticamente nula, siendo lo más aproximado a este aspecto, la información existente sobre el pueblo mapuche y principalmente el que habita la Araucanía. Por otro lado, el VIH-SIDA, es la enfermedad de transmisión sexual que más vidas cobra día a día en el mundo, y que según información del PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA), ha mostrado un aumento de casuística gradual en América Latina, con un número estimado de infectados de 1,7 millones de personas el año 2004, y alcanzando ya los 1,8 millones el 2005.

En su recorrido a través del tiempo, el SIDA, se ha asociado y estigmatizado en relación directa a grupos de personas con prácticas homosexuales y/o de múltiples parejas sexuales, creando un sesgo que invisibiliza el aumento del número de casos en heterosexuales y, especialmente, un incremento en los casos de mujeres viviendo con VIH. Esta tendencia se acerca cada vez más a igualar la proporción hombre/mujer enfermos de SIDA, suceso que siempre había mostrado una gran diferencia entre ambos, ya que históricamente, la mayor incidencia correspondía a los varones.

En esta línea, el aumento progresivo de los casos de VIH, motiva y genera la necesidad de indagar en otros factores que pudieran estar asociados al riesgo de contraer esta patología, tal como los constructos culturales que indiscutiblemente, comandan la conducta de las personas y que por lo tanto, pueden dar señales claves acerca de cómo estas conductas repercuten en la salud de los individuos y desde qué puntos desarrollar posibles soluciones.

Según lo señalado anteriormente, este estudio pondrá su atención en los grupos humanos que supuestamente estarían protegidos por su entorno y cultura, como es el caso de los pueblos originarios, y en relación a la investigación, específicamente el pueblo huilliche de Chiloé. De esta forma, este estudio pretende seguir la línea de las nuevas visiones y tendencias en salud, en las cuáles la salud intercultural ha presentado un precedente importante para el entendimiento de los conceptos propios de salud y enfermedad.

Los conceptos de salud y enfermedad en la cosmovisión mapuche es distinta a la que poseen los que no lo son o *wincas* como son llamados por los integrantes de este pueblo. Si bien es cierto, el bombardeo informativo de los medios de comunicación y cambio en los estilos de vida, asociados a las nuevas oportunidades laborales, han modificado el vivir del pueblo huilliche de Chiloé, en las áreas rurales, todavía prevalecen conocimientos transmitidos de

generación en generación, propios de su cultura y que gobiernan en gran parte sus actos y el entendimiento de lo que sucede en su entorno.

Como se hizo mención anteriormente, se han estudiado muchos aspectos sobre el pueblo mapuche, pero la literatura es pobre en el abordaje de su salud sexual y reproductiva y más aún sobre la existencia de casuística y aspectos relacionados al VIH en esta etnia. Esto cabe mencionarlo, en el contexto que nuestro país cuenta con leyes recientes dirigidas a los pueblos indígenas, que datan de la década de los noventa (Ley N° 19.253 sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los Indígenas, promulgada en 1993), y que si bien es cierto, estas leyes representan un avance en el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en el país, presentan profundos vacíos en relación con las mujeres, especialmente desde el punto de vista de la salud, en donde esta temática se circunscribe a la incorporación y respeto por las prácticas médicas propias de los pueblos originarios, lo que en estos años se ha estado trabajando en algunas instituciones de salud. Desde esta perspectiva, se hace necesario el abordaje y profundización de aspectos relacionados con su salud, desde su propia mirada y tomando en cuenta las particularidades que cada grupo étnico posee.

Es así como el estudio de su salud sexual y reproductiva nace como una interrogante, sobretodo tomando en cuenta que actualmente son los pueblos indígenas y los migrantes, los nuevos grupos en la mira de ONUSIDA, como los futuros grupos de mayor vulnerabilidad ante el riesgo del VIH- SIDA, lo que se relaciona principalmente con una marcada percepción de lejanía de esta mortal infección.

¿Cuál es la percepción de riesgo de VIH-SIDA en las mujeres huilliches de Chiloé? ¿Cómo interfieren en el riesgo sus construcciones culturales de lo que es salud- enfermedad y salud sexual? ¿Qué entienden por contagio? ¿Cómo incorporan el concepto de prevención del SIDA? , son algunas interrogantes que este estudio pretende responder.

Dadas algunas de las interrogantes de la investigación, los objetivos del presente estudio son los siguientes:

### **General:**

1. Describir la percepción de riesgo del VIH-SIDA de mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén.

### **Específicos:**

1.1 Definir los conceptos de salud y salud sexual que poseen las mujeres huilliches del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén.

1.2 Describir la percepción y/o conocimientos sobre el mecanismo de contagio de las enfermedades en general, que poseen las mujeres huilliches del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén.,

1.3 Identificar las enfermedades que las mujeres huilliches del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén reconocen como de origen sexual.

1.4 Identificar la conducta sexual de las mujeres huilliches del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén.

1.5 Describir el conocimiento sobre VIH-SIDA que poseen las mujeres huilliches del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén.

1.6 Describir la forma en que vivencian el concepto de prevención del VIH las mujeres huilliches del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén.

1.7 Señalar los factores de riesgo y protectores que las mujeres del área rural de Chiloé, pertenecientes a las comunas de Chonchi, Quellón y Queilén, reconocen en sus vidas en relación al VIH.

Para el diseño de este estudio, se utilizó un enfoque metodológico cualitativo, la investigación es de tipo exploratoria y descriptiva, por cuanto es de suma importancia obtener información o conocimientos profundos sobre el fenómeno, ya que no existe información suficiente o específica del tema y/o asociado al tema.

Desde rol del/la Matrona/Matrón, la importancia de los resultados que arroja este estudio radica principalmente en que proporciona información de suma relevancia para el entendimiento de comportamientos que exponen o no al riesgo del VIH en determinados grupos humanos, cómo los factores culturales moldean estos comportamientos, y de esta forma contribuir al desarrollo de estrategias preventivas pertinentes en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de las/os usuarias/os de nuestros servicios. Desde esta forma, el resultado más ambicioso que pretende esta investigación es presentar información valiosa para establecer acciones destinadas a la prevención del avance del SIDA en el país, empezando por las mujeres y desde ellas al resto de la comunidad. Además el indagar en estos temas evidencia los nuevos horizontes que se abren para el ejercicio del rol profesional de la matrona y matrón. Las nuevas competencias que el perfil profesional posee y que se ajusta a las demandas actuales, incorporando la utilización de nuevas herramientas investigativas en la búsqueda del mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de las personas.

En este contexto el estudio adquiere otra característica de importancia, constituyendo un instrumento que puede aportar información relevante para el trabajo intercultural que propicia el Ministerio de Salud, con hallazgos que muestran aspectos sobre la salud sexual de las mujeres indígenas pertenecientes a un grupo étnico de Chile y estableciendo de esta forma, cimientos hacia la consolidación del respeto de los derechos humanos y la diversidad étnica de nuestro país.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. SIDA, SITUACIÓN MUNDIAL, NACIONAL Y DE LA DÉCIMA REGIÓN:

El SIDA es un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. A pesar de los esfuerzos realizados a lo largo de estos años, sigue expandiéndose, comprometiendo la vida de muchas personas y dañando gravemente a la sociedad.

En un informe epidemiológico de VIH-SIDA del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL) y la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), para fines del año 2004, en el mundo había un total estimado de 39,4 (35,9- 44,3) millones de personas viviendo con el VIH, con un promedio de 14.000 casos nuevos diarios, y el 2005 ya incrementó la suma a 40,3 millones. El número correspondiente a América Latina alcanzó a los 1,7 millones de personas el 2004 y a 1,8 millones el 2005(ONUSIDA y OMS, 2005).

En las primeras etapas de la epidemia, los varones superaban largamente a las mujeres entre los infectados por el VIH. Actualmente la relación entre hombres y mujeres viviendo con VIH se ha estrechado llegando hasta 3 hombres por cada mujer en América Latina, (MINSAL y CONASIDA a y b). En la actualidad, de los 12.000 adultos (rango de 15 a 49 años) infectados el año 2004, aproximadamente el 50% fueron mujeres. (MINSAL y CONASIDA c).

Chile, en Latinoamérica, se encuentra en el grupo de prevalencia media de VIH-SIDA. Los países de este grupo tienen índices que oscilan entre el 0,10 y el 0,40 por cada mil habitantes, siendo ejemplos de estos: El Salvador, Argentina, Costa Rica, México, Uruguay, Venezuela, Perú, Guatemala y Colombia (BUELA et al, 2001).

El SIDA está presente en Chile desde 1984, cuando se notificaron los primeros seis casos, desde entonces se ha diseminado por todas las regiones del país como una enfermedad transmitida por vía sexual, la que predomina en hombres con conductas homo/bisexuales.

La vía de contagio predominante en nuestro país es a través de relaciones sexuales entre varones (MINSAL y CONASIDA c), con incremento de la transmisión, en los últimos años, a través de conductas heterosexuales, con tendencia a la feminización, ya que los casos de mujeres viviendo con VIH han mostrado un aumento continuo. En Chile del total de casos de SIDA, el número de mujeres presentó un 18,4% en 1999; 19,2% en el 2000; 19,9% el 2001 y un 19,3% en el 2002. La razón hombre/mujer muestra una tendencia a la baja pasando de 8,7:1 a 6,9:1 el 2002 (MINSAL y CONASIDA a).

Entre las regiones de nuestro país, la Décima región presenta una incidencia baja en relación al total del país y de otras regiones, presentándose con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes. La mayor incidencia la presenta la región Metropolitana con un 70,5 (el promedio país

alcanza un 43,7 por 100.000 habitantes) y la menor incidencia la muestra la Sexta Región con una tasa de 10,2 (MINSAL y CONASIDA c).

La vía de contagio en nuestra región, entre los años 1987 y 2004 ha sido principalmente sexual, con un porcentaje de ocurrencia del 92% y los más afectados son los varones con un 80% de los casos de infección por VIH. Cabe destacar, que el contagio por relaciones heterosexuales y homosexuales es casi igual, con un 43 % y 44% respectivamente, en el mismo periodo (MINSAL y CONASIDA c).

Para el año 2004, la Isla de Chiloé, muestra la tasa más alta entre las ciudades de la Décima región, con un 78,79 por 100.000 habitantes, donde solo Castro tiene un 66,8. En el contexto país, le sigue la ciudad de Osorno con 73,7 (MINSAL y CONASIDA c).

Según información obtenida del Servicio Salud LLANCHIPAL, entre 1987 y 2003, en Llanquihue, Chiloé y Palena, el número de casos notificados alcanzaba a las 121 personas.

La distribución por sexo mostró 6 casos de mujeres viviendo con VIH y 21 portadoras del virus, mientras que los hombres son 24 viviendo con VIH y 70 portadores, correspondiendo 21 casos a la Isla de Chiloé, en donde el mayor número se concentró en Castro, capital provincial, con 16 casos. (MINSAL y CONASIDA a).

Al primer semestre del año 2005 se mantenían en control en el Policlínico de Infecciones de Transmisión Sexual, del hospital de Castro, Chiloé, un número de 21 personas (17 corresponden a esta comuna), encontrándose un 65% aproximadamente entre los 20 y 34 años de edad, de los/as cuales el 76,19 % son hombres. Cabe destacar que un 28,5% de esta población en control pertenece al oficio de operarios/as pesqueros/as, seguido muy de cerca por dueñas de casa, las que aportan con un 24,7% de los casos (HERNÁNDEZ y VARGAS, 2005)

## **2.2. RIESGO, PERCEPCIÓN DE RIESGO Y VIH-SIDA**

La definición general de la Real Academia de la Lengua Española señala por riesgo, a la proximidad de un daño y en el año 2002 en el “Informe sobre la salud en el mundo”, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el riesgo como "la probabilidad de un efecto adverso, o factor que aumenta esa probabilidad" (OSPINA, 1998).

Desde el punto de vista sanitario entonces, el riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores, incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. Este enfoque llevó también a identificar factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de ser dañado (KRAUSKOPF, 1995).

El interés por los riesgos que atentan contra la integridad de la salud es muy antiguo pero ha sido en las últimas décadas cuando su estudio y análisis ha reportado conceptos relevantes originados desde la salud pública para ser aplicados en la disminución de la morbilidad y la

mortalidad de las comunidades, permitiendo ubicar grupos vulnerables y priorizar las necesidades de atención para ese grupo específico (OSPINA, 1998). El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño. Por otro lado, el enfoque de riesgo condujo a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo y de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño (KRAUSKOPF, 1995).

La percepción de riesgo hace referencia a la evaluación que un sujeto hace de la probabilidad que un evento adverso le ocurra en el futuro y sus posibles consecuencias. Por otro lado, la percepción que tengan las personas sobre este riesgo las hará más o menos vulnerables a sufrir dicho daño.

En el caso de la infección del VIH-SIDA, el riesgo se define como la “probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH y desarrollar el SIDA debido a la conducta individual” (FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, CHILE (FLACSO-Chile), 2005).

El riesgo específico para cada persona tiene diversos orígenes, como pueden ser: ignorancia, incapacidad de negociación de prácticas de sexo seguro, imposibilidad de percibir los riesgos personales, limitaciones de acceso a métodos de barrera como preservativos u otros. Es así como el riesgo puede ser entendido desde lo cultural, psicológico, ecológico, ideológico, político, socioeconómico y epidemiológico. La percepción de riesgo, por lo tanto, puede estar relacionada con los proyectos de vida de las personas, esto conlleva dos tipos de lógicas; una interna y otra cultural, por ejemplo para las mujeres la percepción de riesgo muchas veces no está asociada a la infidelidad y por ende a la negociación del preservativo (FLACSO-Chile, 2005).

El VIH entonces, tiende a concentrarse en grupos de población con riesgos particulares que están determinados por sus conductas. En Chile, de acuerdo a la definición dada por CONASIDA, se entiende por conducta de riesgo a “toda acción de exposición al virus del VIH-SIDA”.

Desde esta mirada, cualquier grupo humano tiene un mayor o menor riesgo de contraer el VIH u otra enfermedad, dependiendo del nivel de conciencia de autocuidado formulado sobre el concepto de salud que cada cual tenga y haya construido internamente a lo largo de su vida. Dicha construcción social es el resultado de los antecedentes históricos de cada comunidad, su relación con el medio ambiente, sus creencias religiosas y políticas (OSPINA, 1998).

Es común que muchos de los componentes característicos de las personas de una comunidad estén particularizados por las experiencias personales, la educación y las costumbres familiares, por lo tanto, la idea de enfermar entraña una relación causal que modifica la percepción del riesgo, es así como ante una misma enfermedad la atribución causal es muy

distinta y dependiente del contexto, es por esta razón que de una población a otra cambia la “Percepción del riesgo” (OSPINA, 1998).

### **2.3 VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES AL VIH:**

... *”El SIDA es cada vez más femenino, más joven y mas pobre”...*  
(GÓMEZ, 1998)

Desde los ‘90, el concepto de “vulnerabilidad social” se utiliza en el campo de las ciencias sociales para referirse a la posición subordinada en la que se ubican determinados grupos sociales al interior de la estructura social, atendiendo a diferentes características como niveles educacionales, posición económica y pertenencia étnica (FLACSO- Chile, 2005).

Se entiende por vulnerabilidad a la “susceptibilidad a sufrir un daño particular”. La vulnerabilidad ante el VIH y el SIDA puede ser vista en términos médicos, de derechos humanos, sociales, económicos, políticos, individuales y epidemiológicos. La combinación de estos puede empeorar la susceptibilidad de las personas y, por ende, la vulnerabilidad colectiva a la infección por VIH (ONUSIDA, citada por FLACSO-Chile, 2005).

Este concepto tiene que ver con:

- El comportamiento individual, que se deriva de la información sobre la infección, formas de prevención y la posibilidad de transformar esa información en acciones concretas dirigidas a la prevención del VIH/SIDA.
- El contexto social, que configura las limitaciones y/o posibilidades de control del riesgo por parte del individuo, dirigidas a reducir su vulnerabilidad frente al VIH.
- El contexto político, que define la respuesta política de un país y la prioridad asignada al combate de la epidemia, posibilitando la existencia de contextos sociales favorables para la generación de medidas de acción y programas de prevención.

La vulnerabilidad de un determinado grupo social frente al riesgo de VIH/SIDA equivale a aquellos factores de riesgo que escapan al control de los sujetos individuales pertenecientes a dicho grupo. Así entendida, la vulnerabilidad nos indica una incapacidad del individuo o comunidad para controlar su riesgo de adquirir VIH. (FLACSO-Chile, 2005).

La vulnerabilidad ha sido considerada un concepto especialmente útil para el entendimiento de la relación entre el SIDA y la población femenina. Las mujeres son especialmente más vulnerables a la infección del VIH, por una amplia gama de aspectos que dicen relación con su posición subordinada en la sociedad (Vidella, W, citada en: GÓMEZ, A, 1998)

Para entender la diferencia entre el riesgo y la vulnerabilidad al VIH, queda de manifiesto que en la realidad, el riesgo de infección por el VIH ha sido más alto en los hombres, sin embargo,

las mujeres son más vulnerables a la infección. Por ejemplo, es frecuente que las mujeres no puedan controlar la pareja con la cual tienen relaciones sexuales, y que los hombres se sientan forzados a tener relaciones sexuales con muchas compañeras (MARCOVICI, 2002).

En nuestros tiempos el SIDA muestra un marcado aumento de la feminización, con un frecuente aumento del contagio por relaciones sexuales heterosexuales. Esto de la mano de características biológicas, culturales, económicas y familiares que exponen a las mujeres al riesgo y las hace más vulnerables (SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER DE CHILE (SERNAM), 2004).

El orden de género y la situación socioeconómica son las variables principales para comprender los factores de vulnerabilidad y los riesgos a los que se exponen las mujeres (FLACSO-Chile, 2005).

Las definiciones sociales y culturales del género moldean el comportamiento femenino y masculino, y en particular en la esfera de la sexualidad. En todo el mundo, la condición social desigual de la mujer la expone a un riesgo más alto de contraer el VIH/SIDA. La mujer está en desventaja en lo que se refiere al acceso a la información acerca de la prevención del VIH/SIDA, la capacidad de negociar los encuentros sexuales y el acceso seguro al tratamiento para la infección una vez contraída (MARCOVICI, 2002).

Desde esta perspectiva, nos encontramos frente a un factor que tiene que ver con lo que las normativas culturales y sociales señalan sobre cómo debe actuar una mujer, incluso en el plano sexual, en el que también se ven obligadas a poner en primer lugar las necesidades de los/as otros/as (SERNAM, 2004). Una mujer debe ser inocente y sacrificada, anteponiendo las necesidades y los deseos de su compañero a los propios. Por su condición social de subordinación, es más probable que una mujer tenga contacto sexual aunque no quiera, si la violan o no tiene el poder para rehusarse a las exigencias de su pareja (coito forzado), esto reforzado por la creencia de que la mujer tiene relaciones sexuales exclusivamente para fines reproductivos mientras los hombres las necesitan (MARCOVICI, 2002; FLACSO-Chile, 2005).

El modelo dominante de “*ser mujer con pareja estable*” y de “*ser hombre*”, así como los “comandos” de ejercicio de la sexualidad impiden que se incorporen prácticas de prevención y autocuidado. El concepto social de la masculinidad define la sexualidad del hombre heterosexual, viril hasta el punto de la promiscuidad, sabio y agresivo (MARCOVICI, 2002). Es así como la infidelidad, corolario del ejercicio de la masculinidad dominante en muchos hombres, reconocida como habitual, hace culturalmente vigente la inhabilidad de las mujeres para la negociación en el plano sexual, ya sea de su satisfacción como de la utilización del condón por parte de los hombres (FLACSO-Chile, 2005).

La capacidad de negociación y el respeto a la libertad mutua influirá en la utilización de cualquier tecnología anticonceptiva o protectora. El condón masculino de látex es actualmente la única forma de anticoncepción fácilmente disponible que también protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, hombres y mujeres plantean desafíos



para el uso del condón masculino. Estudios de Brasil, Guatemala y Jamaica indican que ambos sexos relacionan la intimidad y la confianza con el coito sin protección y que es posible que perciban el uso del preservativo como una acusación de infidelidad. La insistencia en el uso del condón puede interpretarse como un reto a la integridad y el poder masculinos, sugiriendo que la mujer no le tiene confianza ni ama al hombre. Es más, hombres y mujeres han afirmado que el condón interfiere con el placer físico del coito y la relación emocional (MARCOVICI, 2002).

Las mujeres jóvenes son aún más vulnerables al VIH. La adolescencia es una etapa importante durante la cual la información acerca del sexo y la sexualidad puede hacer la diferencia. Los tabúes culturales que impiden hablar del sexo en escuelas, iglesias, consultorios y otros entornos ponen en peligro la salud de las mujeres y los hombres. Comparado con cualquier otro grupo, los/as jóvenes tienen el número más alto de compañeros/as sexuales y se sienten menos en riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA. Los hombres incurren en comportamientos de riesgo, por ejemplo, tienen relaciones sexuales sin protección, a veces con varias parejas o intoxicados por el alcohol y otras drogas, incluido el tabaco (MARCOVICI, 2002; KRAUSKOPF, 1995).

Circunstancias laborales inestables también aumentan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. En primer lugar, el hecho de que menos mujeres tengan empleo, gocen de menos seguridad en el trabajo y perciban un salario más bajo hace que dependan económicamente de los hombres. Esto refuerza la relación en la cual tienen más importancia las decisiones de los hombres sobre cuestiones relativas a las relaciones sexuales, el uso de protección, el gasto doméstico en salud y el acceso a la atención de salud, entre otras (MARCOVICI, 2002).

Por último punto a tomar en cuenta, la vulnerabilidad se relaciona con una disminuida percepción del riesgo que tienen las mujeres al SIDA, lo que se relaciona con la estigmatización que se ha hecho a lo largo de la historia del SIDA con grupos de la sociedad tales como homosexuales y personas que practican el comercio sexual, lo que las expone aún más (SERNAM, 2004).

### **2.3. 1 Vulnerabilidad y VIH, contexto de las mujeres indígenas mapuches:**

Según un estudio de ONUSIDA inserta dentro del proyecto del Fondo Global “Desarrollo de Modelos y Estrategias de Prevención en Poblaciones Vulnerables Emergentes de ONUSIDA, los/as migrantes e indígenas son los nuevos grupos vulnerables al VIH en Chile<sup>1</sup>.

Según este estudio, estos dos grupos sociales que si bien aún no presentan un riesgo epidemiológico para la expansión del VIH, fueron incluidos en el “Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA”, ya que son potenciales víctimas del virus.

---

1 ARAYA, E. “Migrantes e indígenas: nuevos grupos vulnerables al VIH en Chile”. La Nación. Julio 11 del 2005.

Los pueblos originarios estarían en riesgo porque creen que el mal afecta a quienes no son de su comunidad, el SIDA no aparece como un tema relevante, sino que es visto más bien como un “mal” de los “otros”. Es decir, del resto de la población chilena. Incluso aquellas conductas que se relacionan con el VIH como la homosexualidad, la infidelidad y la prostitución entre otras, también son vistas como ajenas a la comunidad indígena.

Desde la cosmovisión mapuche el SIDA se define como una "*wuinca kutran*", enfermedad que les trajo el *wuinca*, así como en otros tiempos ocurrió con la tuberculosis. Los casos de personas de origen mapuche con VIH son numéricamente muy pocos, pero la estadística no diferencia el origen étnico de los contagiados desde que en 1984 se detectó el primer caso.

Aunque sólo hay investigaciones aisladas sobre las conductas sexuales mapuches, quienes trabajan con ellos reconocen tener una percepción positiva. Algunos autores piensan que la moral mapuche, podría actuar como "barrera protectora" frente al avance de la enfermedad y que esto podría presentar además un apoyo para que asuman conductas preventivas.

La vida de los mapuches en gran medida está condicionada por el "*kimun*" (Conocimiento ancestral) que también forma pautas de crianza que marcan desde temprana edad una relación de pareja. Así, pareciera ser “protector” para la mayoría de las personas que pertenecen a los pueblos originarios, el apego a la cultura tradicional:

Para Zavala<sup>2</sup>, matrona de Temuco:

*"Son bastante recatados y no se explayan mucho sobre el tema, pero se percibe que la mujer mapuche se comporta sexualmente de manera monógama y es muy fiel, por lo que las parejas adultas no implican riesgo"*

El grupo de mayor riesgo de las personas de esta etnia son los jóvenes que emigran a las urbes, exponiéndose a otras conductas de vida. Realidad que es inevitable por cuanto esta situación es frecuente en la búsqueda de mejorar su calidad de vida y nuevas oportunidades laborales.

**2.3.1.1 Salud y enfermedad para el pueblo mapuche:** La salud como construcción social, influye en la percepción del riesgo que tengan determinadas poblaciones ante las diferentes patologías que pueden afectarlas, es por esto que desde el punto de vista cultural es interesante plantear la cosmovisión de la etnia a la que pertenecen las mujeres mapuche-huilliches.

---

2 ZAVALA, M, citada por ESPINOZA; P. En “Investigación: moral mapuche facilita lucha antisida”. El Mercurio, 19 de Octubre. 2003

*“En este devenir, pueblos sin historia han mantenido su cultura mas allá de la dominación occidental que los ha sacudido, modificando, descompuesto, insertándolos en ritmos unificadores, forzándolos a la aculturación”*  
(CARBONELL, 2001)

Si bien la larga "historia del contacto" como le llaman los mapuches a la vida con los *wuincas*, generó fuertes cambios en su sociedad, la base de su constitución como pueblo indígena no varió la esencia de sus contenidos, los cuales se sustentan en una combinación de opuestos que son correspondientes al mismo origen de su mundo y desde su propia lógica (COÑUECAR, 2000).

Como menciona CARBONELL b (S/F), sólo son enfermedades aquellas reconocidas como tales por el grupo humano donde se desarrollan y habitualmente se comete un error al poner conceptos biomédicos, considerando como enfermedades a ciertos hechos que para los mapuches no lo son y viceversa, un ejemplo de esto son las enfermedades mentales, ya que para esta etnia cuando un mapuche tiene un *perimontu* (visión) no se entiende este suceso como alucinación y cuando tiene sintomatología de depresión es que algún “mal” lo ha debilitado (IBACACHE, 2002).

Los conceptos de salud y enfermedad en el pueblo mapuche están ligados al bien y el mal, dualidad complementaria que le da un significado moral. El daño es generado por falta de equilibrio en la naturaleza ya que en ella coexisten factores de orden maligno y benigno. Cuando un individuo, por su actuar provoca un desajuste entre estos factores se produce la enfermedad (CARBONELL, S/F a).

Al mapuche le afecta todo lo que ocurre en la naturaleza; cuando de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los individuos también se ven afectadas. Este desequilibrio puede manifestarse tanto en el plano físico como psicológico y es conocido como *kutran* o enfermedad (DÍAZ et al. 2004).

De acuerdo a los mapuches, la vida humana debe estar en armonía. Una perturbación a esta armonía o balance origina el *kutran*. Las enfermedades se dividen en dos tipos, las enfermedades mapuches y las enfermedades *wuinkas*.

Las enfermedades del grupo mapuche son típicas de ese mundo o cosmovisión. A este tipo de *kutran* pertenecen aquellas provocadas por fenómenos o poderes reconocibles sólo dentro de esa cultura. Por eso es que estas enfermedades o poderes deben ser tratadas con remedios que le son característicos.

El cuidado tradicional de la salud se basa en gran medida en las creencias de la gente y los patrones de comportamiento frente a la enfermedad que son adscritos a causas personales, mágicas, naturales o supernaturales. Como ya se dibuja, el equilibrio y la armonía del mundo natural y espiritual son los conceptos más importantes en el cuidado de la salud. Los conocimientos ancestrales o "*kimun*" rigen en gran parte la vida de esta etnia y también su comportamiento hacia la salud (KRASTER, 2003).

Para esta etnia, la enfermedad ocurre cuando el hombre se encuentra en su estado más vulnerable, es decir, cuando su condición de *che* (persona) se ha debilitado; si el cuerpo y el alma de la persona no funcionan en momento determinado, como una sola voluntad de ser y hacer, con una única e íntegra intención, se convierte en un “nido” atractivo para ser poseído o habitado por espíritus malignos (DÍAZ *et al.* 2004).

Por otro lado, ZÚÑIGA (S/F), refiere que las enfermedades y la muerte no tienen causas naturales, sino, que son consecuencia de la acción de fuerzas maléficas sobre las personas. De esta forma la medicina mapuche, al igual que otras medicinas primitivas, se basa en el concepto mágico de la enfermedad.

El aspecto patógeno involucrado en este concepto tiene relevancia para comprender la noción mapuche de enfermedad, especialmente su modalidad de tipo energética o energía *wekufü*. Esta fuerza cósmica es capaz de perturbar y destruir el equilibrio e información de los sistemas energéticos biológicos. El *wekufü* puede ser concentrada y proyectada a distancia, así como también condensarse en forma sutil o grosera dentro de un ser vivo o una cosa tal como astillas, piedrecillas, gusanos o insectos que causarán de forma inmediata la enfermedad. Ella puede ser irradiada por el pensamiento o emoción de un hombre (odio, ira, envidia, etc), por un espíritu maligno, por el alma de un difunto, por un *kalku* o más comúnmente llamado “brujo”, contratado para hacer el mal, y en fin por cualquier ser de cualidad *wekufü*. La energía perturbadora, al penetrar en un organismo biológico, provocará una ruptura de la armonía, desencadenando la enfermedad, produciendo perturbaciones físicas visibles y, además, de carácter psíquico (DÍAZ *et al.* 2004; CARBONELL, S/F b).

El *wekufü* actúa sobre las personas alterando su salud y cuando se afecta la salud de un individuo, se enferma también la familia y comunidad, el desequilibrio que ocasiona esta fuerza maléfica jamás es individual. El o la encargada de sanar es el o la machi, que utiliza técnicas shamánicas, usando recursos naturales para los tratamientos, que pueden ser hierbas o elementos de origen animal (CARBONELL, S/F a).

Para Victor Caniullan, machi de la comunidad de Carahue, citado en “*Salud y plantas*” Diálogos Interculturales del Centro de Estudios Indígenas de la Universidad de la Frontera (UFRO)

*...” Yo creo que todo el cuerpo tiene defensas, pero son distintas. Son distintas en el sentido de que cada parte de nuestro cuerpo, esta compuesta por una fuerza que proviene de la naturaleza, en esto quiero decir, por ejemplo, todas las partes de nuestro cuerpo pertenece a algunas plantas que existen dentro de la naturaleza y sabemos que todas las plantas no tienen el mismo poder y no tienen los mismos elementos, las sustancias que ayudan a fortalecer una parte del cuerpo...”*

...

*...” Cuando hay enfermedades, como el cáncer o algunas enfermedades que son muchas veces que las plantas no son capaces de sanarlas, curarlas, por la capacidad y por la relación que hay entre hombre-naturaleza-animales, se*

*puede traspasar esa enfermedad a un animal, para eso hay una ceremonia que se hace, específicamente se hace en cuanto a tumores, cálculos, se traspasa la enfermedad a un animal, casi siempre es un cordero”...*

Este diálogo nos muestra la concepción de salud y enfermedad del pueblo mapuche desde las palabras de un fiel representante de su pueblo y cómo esta forma de ver las cosas los lleva a pensar que no habría enfermedad intratable a través de la medicina natural, ya sea curándola por completo o aplacando sus molestias, sin embargo, se debe tener en cuenta que este pensamiento en la actualidad también se ve permeado por nuevas condiciones de vida y la incorporación de la medicina tradicional/occidental a las vidas de este grupo étnico.

**2.3.1.2 Contexto socioeconómico de las mujeres indígenas mapuches:** Las mujeres indígenas, en particular, se enfrentan a la carga doble del género y el grupo étnico, y su poder gravemente limitado las expone todavía más a contraer el VIH/SIDA. Si bien hay escasez de información sobre las poblaciones indígenas en América, el hecho de que tienen menos oportunidades de educación, empleo o acceso a los servicios ha llevado a los expertos a predecir una tasa rápidamente ascendente de infección (MARCOVICI, 2002).

En cuanto al nivel socioeconómico, en el ámbito nacional, regional e internacional se reconoce que la situación de las mujeres indígenas y rurales es de alto riesgo. En Latinoamérica, en general, para sortear sus problemas de subsistencia, los pueblos indígenas recurren a la migración geográfica (HUENCHÁN, 1995). Esta situación no es ajena al mundo indígena rural de nuestro país. Son precisamente las comunidades mapuches, las que tienen mayores problemas para satisfacer sus necesidades y las estadísticas oficiales ubican a su población entre los sectores de mayor pobreza en el país (AYLWIN, 2004), dentro de cuyas estrategias de supervivencia se encuentra la migración femenina hacia los centros urbanos (HUENCHÁN, 1995), donde se dedican principalmente a las labores domésticas, y en Chiloé un porcentaje importante se desempeña como operarias en empresas procesadoras de productos marinos.

En general a pesar de los avances que el país ha experimentado en la última década en materia de superación de la pobreza, de acceso a mayores niveles de educación, a vivienda y a servicios básicos, entre otros, éstos no han sido suficientes para reducir las brechas que se observan entre el mundo rural y el urbano. Estas distancias se expresan en diferencias en cuanto a escolaridad, analfabetismo, pobreza y condiciones laborales (GOBIERNO DE CHILE, 2004), las que se acrecientan cuando hablamos de pueblos indígenas.

La población chilena según el último Censo (2002) es predominantemente urbana, con un 14% de la población correspondiente a población rural, concentrándose principalmente entre las VI y X regiones, ambas regiones aportan con un 37% de la población rural del país. En este contexto, a la misma fecha había en Chile 692.192 personas que se identificaron como indígenas, lo que constituye un 4,6 % de la población total, de la que alrededor de un 5% se considera indígena, predominando los que se declaran mapuche (87%). Esta población mapuche declara que un 41% habita en las zonas rurales de la IX Región de La Araucanía y la X Región de Los Lagos (WILLIAMSON, S/F).

Con respecto a la escolaridad, la población indígena alcanza mayores niveles de analfabetismo y menores niveles educacionales que la población no indígena. La escolaridad de las mujeres mapuches de áreas rurales tiene una marcada desventaja, mostrando índices de mayor analfabetismo que los hombres (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS DE CHILE (INE), 2002), promediando entre 4 y 5 años cursados y alcanzando sólo un 72% de alfabetismo (HUENCHÁN, 1995; WILLIAMSON, S/F), esto sumado a que la información en salud y sobre el SIDA se dificulta debido a que los establecimientos de salud mas cercanos son las estaciones de salud rural o postas, que tampoco cuentan con recurso humano suficiente para esas actividades de promoción en salud.

Tomando en cuenta la revisión bibliográfica, el riesgo de contraer el VIH parece relativamente lejano para las mujeres de la etnia mapuche, sin embargo, es una realidad latente que coexiste con la prevalencia de la visión mágica del proceso de salud-enfermedad. Además surge la interrogante sobre la conducta sexual de estas mujeres y sus parejas, ¿Serán las parejas de las mujeres de este pueblo fieles, monógamos y recatados como se las describe a ellas? Por otro lado, tenemos a las jóvenes que migran a las urbes en busca de mejores expectativas de vida, suceso que se suma al ingreso constante de foráneos a la Isla de Chiloé en busca de mejores oportunidades laborales. Es aquí donde radica la importancia de determinar cuál es la percepción de riesgo del VIH-SIDA de estas mujeres, y desde su cultura entender como enfrentar el peligro de sufrir esta enfermedad, y los comandos conductuales que las pueden llevar a una mayor o menor probabilidad de contraerla.

### 3. MATERIAL Y METODO

#### 3.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO:

El estudio utiliza el enfoque de la metodología cualitativa, es de tipo exploratorio-descriptivo y transversal, con método de casos instrumental.

El enfoque cualitativo, según HERNÁNDEZ *et al.*, (2003), utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede no probar hipótesis en su proceso de interpretación, tal es el caso de esta investigación. Esto permite comprender el fenómeno de estudio en su ambiente usual, además de saber qué piensa realmente la gente sobre una situación concreta, cómo vive o experimenta un cambio en sus hábitos y costumbres, cómo se siente ante los cambios que se generan en el entorno. Estas preguntas no las contestamos tan fácilmente con información cuantitativa, se requiere de información cualitativa sobre las vivencias, percepciones, sentimientos y emociones de las personas. Nos permite conocer directamente la vida social, sin filtros conceptuales, definiciones operacionales y escalas clasificadoras (TAYLOR y BOGDAN, 1987).

Los estudios exploratorios se efectúan normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes, tal es el caso del tema de este estudio (HERNÁNDEZ *et al.*, 2003).

Un estudio descriptivo, se realiza porque se quiere describir una realidad tal cual es, buscando especificar las características y perfiles importantes de las personas, y comunidad. Su valor máximo radica en que este tipo de estudio persigue mostrar un evento con la mayor precisión posible como menciona HERNÁNDEZ *et al.*, (2003).

Se utilizó el método de casos ya que como menciona STAKE (1999) en este estudio se necesita ir desde la particularidad y complejidad de un caso singular para comprender su actividad en situaciones de importancia como es la propagación del VIH, e instrumental porque la muestra será un instrumento para comprender la conducta del pueblo huilliche de Chiloé ante el riesgo del VIH-SIDA.

#### 3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y POBLACIÓN:

La selección de la muestra es de tipo no probabilística, porque en este caso, como estipula HERNÁNDEZ *et al.*, (2003), la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador, y es ventajosa, en cuanto se utiliza para una elección cuidadosa y controlada de sujetos con características especificadas en el planteamiento del problema.

La muestra está constituida por quince mujeres huilliches del área rural de las comunas de Quellón, Chonchi y Queilén de la Isla de Chiloé, que se encuentran en el grupo etáreo de 15 y más años. La característica en común de estas mujeres es ser ex alumnas y/o apoderadas actuales de la Escuela Rural Artística de Molulco, localidad perteneciente a la comuna de Quellón, la que posee una extensa área de atracción, es decir, cuenta con alumnado perteneciente a las tres comunas mencionadas con anterioridad.

Se define un rango etáreo tan amplio porque en esta comunidad, como en la mayoría de las áreas rurales de Chiloé, y principalmente en los pueblos originarios, las mujeres contraen matrimonio o se encuentran en unión de hecho, a temprana edad. Además permite contrastar las visiones y la influencia de las historias de vida, según el contexto histórico de cada grupo.

Para encontrar a las mujeres que integraron los grupos se utilizó la técnica de “Bola de nieve”. Técnica que consiste en contactar a una informante y que ésta nos pueda presentar a otras, quienes desde su punto de vista, se interesarían en participar de la investigación. Conjuntamente con la técnica anterior, en algunos casos, se contacta e invita en forma directa a algunas informantes, con ayuda de los “porteros”, quienes fueron dos docentes de la Escuela Rural Artística de Molulco, comuna de Quellón, Chiloé. Se entiende por “portero/a” a el/la o los actores sociales que facilitan la entrada al grupo estudio.

Se dividió el total de mujeres en tres grupos diferentes según edad, en rangos previamente establecidos. El primer grupo con mujeres entre 15 y 24 años, el segundo entre 25 y 34 y el tercero de 35 y más años. Esto pensando en que podría facilitar la comunicación y expresión de las integrantes de los grupos, ya que tendrán mayor afinidad y semejanza en lo que les ha tocado vivir. Cada grupo etáreo estuvo formado por 5 informantes.

### **3.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se elige la entrevista como técnica de recolección, entendiéndose como un “proceso comunicativo por el cual, el investigador obtiene información verbal de una o mas personas” (AGUIRRE, 1995; DELGADO y GUTIERREZ, 1999). Para ser aplicadas al grupo estudio se eligió dos tipos de entrevista, la entrevista en profundidad y la entrevista grupal, con una totalidad de 17 entrevistas al final de la investigación. La entrevista grupal fue de tipo semiestructurada, entendiéndose por ésta a la “existencia de un guión orientador que permite recoger los temas a desarrollar en la entrevista” (ANEXO 1), sin reflejar las preguntas concretas (AGUIRRE, 1995), esto permite direccionar la información que se quiere obtener sin “*encuadrar*” o hacer rígida la respuesta de los/as informantes. En este sentido, la entrevista en profundidad contempló ciertos ítems temáticos correspondientes al logro de los objetivos (ANEXO 1).

La entrevista grupal consiste en reunir a grupos de personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes (TAYLOR y BOGDAN, 1987). No es un grupo de discusión ya que se caracteriza por una escucha grupal, donde se tiene por referencia las opiniones de los/as demás, pero predomina el punto de vista personal, es decir, se responde como un entrevistado singular (DELGADO y GUTIERREZ,



1999). Dichas entrevistas son útiles ya que en esta investigación no se puede realizar observación directa del grupo estudio, además permite una conversación en un ambiente relajado que aclara la información a profundizar y detallar en las entrevistas en profundidad. Finalmente se realizaron un total de 11 entrevistas grupales.

Como se mencionó antes, cada grupo constó de 5 mujeres y se realizaron además dos entrevistas en profundidad por cada grupo etéreo, con un total de 6 al final de la investigación.

La entrevista en profundidad, se define como “encuentros cara a cara entre el investigador e informantes, dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los/as informantes respecto de sus vidas experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus mismas palabras” (TAYLOR y BOGDAN, 1987). En esta técnica el propio investigador es el instrumento de recolección y no un protocolo o formulario. Esta técnica permite en un diálogo horizontal, la expresión en las propias palabras del informante, de sus sentimientos y apreciaciones más íntimas acerca de las interrogantes que plantea el estudio. Se eligió esta técnica pensando en un grupo de mujeres de características muy reservadas y además porque la temática del estudio es difícil de tratar en casi todos los escenarios.

Las informantes elegidas para realizar la entrevista en profundidad fueron seleccionadas según los siguientes criterios, mencionados por AGUIRRE (1995):

- Cierta nivel de conocimiento acerca de la temática de la investigación.
- Facilidad de expresión de las ideas.
- Motivación por participar.

Cada actividad de recolección fue respaldada por grabadora para una mayor cobertura de la información, previo consentimiento informado de las participantes en cada actividad de recopilación (ANEXO 2), en el caso de las menores de edad, el consentimiento fue firmado además, por sus madres. En este punto el anteproyecto de tesis contemplaba la lectura de este consentimiento en caso de analfabetismo de alguna informante, lo que no fue necesario puesto que todas resultaron ser alfabetas.

### **3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN:**

El análisis de los datos se lleva a cabo según el análisis de contenido, cuyo objetivo tradicional ha sido la descripción, ya que muchos estudios no se plantean cuestiones de prueba de hipótesis porque el problema de la investigación se centra en el contenido. El objetivo principal entonces es la “descripción” de ese contenido (GARCÍA, M et al, 1986), tal es el propósito de esta investigación en particular. En esta descripción se realizan “inferencias”, las cuales deben ser determinadas con una construcción teórica que relacione o conecte los datos con el objetivo de investigación para realizar y justificar estas inferencias.

En el procesamiento de la investigación, en primer lugar se realiza la transcripción de las grabaciones y anotaciones de campo para la posterior codificación, entendiéndose por codificación al “modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos”,

proceso que incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones (TAYLOR y BOGDAN, 1987). La importancia de esta parte del análisis radica en que las ideas inicialmente vagas se refinan.

Las categorías de análisis son emergentes en el transcurso de la investigación, pero en este caso se delimitaron previamente ciertas categorías que en el avance de la investigación fueron reafirmadas y otras desechadas, o incluidas como subcategorías de análisis. De esta forma, inicialmente el estudio consta de las siguientes categorías:

- Riesgo
- Contagio
- Salud-enfermedad
- Salud sexual.
- ITS
- VIH-SIDA
- Prevención.
- Conductas sexuales.

Luego del proceso antes señalado, las categorías utilizadas finalmente son:

- Salud-enfermedad.
- Riesgo
- Contagio
- Salud sexual.
- Conducta sexual.
- VIH-SIDA

Cada categoría se divide a su vez en subcategorías, que permiten el ordenamiento y mayor facilidad en el análisis de la información (ANEXO 3)

### **3.5 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN:**

La validación se lleva a cabo mediante la aplicación de los diferentes instrumentos de recopilación de la información como menciona PÉREZ (2001) y comparando y contrastando la información con las categorías, hallazgos de la investigación y marco teórico.

Todo trabajo investigativo debe regirse por un código ético, que consiste principalmente en el compromiso de no distorsionar la realidad y guardar discreción acerca de la vida de las personas participantes del estudio, en este sentido, el resguardo de la confidencialidad y anonimato se lleva a cabo con la identificación de las citas de las informantes a través de un nombre ficticio acompañado del grupo etéreo al que pertenece cada una de ellas, ejemplo "María, 15-24".

Para asegurar confiabilidad, las transcripciones de las entrevistas fueron entregadas a las informantes para agregar o quitar lo que estimaran conveniente de la información obtenida.

Al término de la investigación, los resultados serán informados a la comunidad donde se realizó el estudio, en un formato y lenguaje pertinente.

## 4. DISCUSION Y RESULTADOS

Obtener la percepción que las mujeres huilliches de Chiloé tienen sobre el VIH-SIDA, es el objetivo de esta investigación y en ese eje se abordaron varios factores, tales como los conceptos de salud y enfermedad desde su cosmovisión, la salud sexual, el tema del VIH propiamente tal y también el contexto socioeconómico de estas mujeres. Esto además nos permitirá inferir los factores que pueden exponer a una mayor vulnerabilidad ante el riesgo del VIH-SIDA a las mujeres huilliches de Chiloé y desde ellas a sus comunidades. Lo anterior en un contexto donde la Isla de Chiloé presenta la tasa más alta de la Décima región en cuanto a casuística de VIH, y como se mencionó en el marco teórico, con tasas de 78,79 por 100.000 habitantes. Destacándose que un 53,2% de los casos corresponde al oficio de operario/as pesqueros/as y dueñas de casa (HERNÁNDEZ y VARGAS, 2005).

A medida que avance el capítulo referente a la discusión y resultados, se irán desarrollando las categorías explicitadas en el material y método, en el mismo orden que se presentaron antes, claro está que no se plantea en forma rígida, sino, enriquecidas con los componentes obtenidos del trabajo con las subcategorías.

### 4.1 PRESENTACIÓN DE LAS INFORMANTES Y UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE SU REALIDAD SOCIOECONÓMICA:

Para introducir este capítulo se describe brevemente a las informantes:

#### GRUPO 15-24 AÑOS:

- CAROLINA, 15 años. Estudiante de Enseñanza media científico humanista, soltera.
- MARISOL, 17 años. Estudiante de Enseñanza media técnica profesional, soltera.
- JHOANA, 15 años. Estudiante Enseñanza básica completa, soltera.
- VIVIANA, 24 años, Operaria pesquera (5 años). Enseñanza media técnica completa. Casada (1 hijo/a).
- DANIELA, 19 años, Operaria pesquera por 2 años. Enseñanza media técnica profesional completa. Soltera (1 hijo/a)

#### GRUPO 25-34 AÑOS:

- ELVIRA, 27 años. Enseñanza media incompleta, Dueña de casa (fue operaria pesquera por 4 años). Soltera (2 hijos/as)
- MARIELA, 32 años, Enseñanza media técnica profesional completa. Dueña de casa (operaria pesquera por 2 años). Casada (2 hijos/as)
- BARBARA, 32 años. Enseñanza básica completa, Dueña de casa (operaria pesquera por 5 años). Casada (2 hijos/as)

- ELIZA, 30 años. Enseñanza media técnica profesional completa. Dueña de casa (operaria pesquera 2 años). Soltera (1 hijo/a)
- JIMENA, 27 años. Enseñanza básica completa. Operaria pesquera (por 12 años). Soltera (1 hijo/a)

#### GRUPO DE 35 Y MÁS AÑOS:

- ELSA, 70 años. Enseñanza básica incompleta. Dueña de casa y Dirigenta huilliche. Casada (8 hijos/as)
- HORTENCIA, 42 años. Enseñanza media completa. Dueña de casa. Casada (4 hijos/as)
- DOMINGA, 41 años. Enseñanza básica completa. Dueña de casa. Casada (1 hijos/as)
- IRMA, 42 años. Enseñanza básica incompleta. Dueña de casa. Separada (3 hijos/as )
- AURORA, 39 años. Enseñanza media técnica profesional completa. Dueña de casa. Casada (4 hijos/as)

Las mujeres del estudio viven en las comunidades de Díaz Lira (comuna de Queilén) Natri Bajo (comuna de Chonchi), Molulco, Compu y Chadmo (comunidades de Quellón), todas comunidades huilliches vecinas y que se encuentran a varios kilómetros de las urbes, aproximadamente 50 Km distante de Chonchi y Quellón y aún más lejos de Queilen. La característica que tienen en común las informantes es haber sido alumnas y/o apoderadas de la Escuela Rural Artística Molulco, perteneciente a la comuna de Quellón.

En estas áreas es cada vez más común el completar los años de estudio obligatorio, como se observa en la descripción de las informantes. Sin embargo, este nivel educacional no se condice con el desempeño laboral, ya que la mayoría de ellas se dedican a las labores del hogar y el principal sustento se obtiene trabajando como operarias pesqueras, con largas jornadas de trabajo y que además, en algunos casos, son esporádicos ya que dependen de la época de producción que caracteriza al producto marino que procesan las distintas industrias pesqueras. Es este trabajo principalmente el que las saca de sus comunidades hacia las urbes, sin embargo, esta salida no se refiere a una migración, sino, a la salida intermitente desde sus hogares a los lugares donde desempeñan su oficio, que en la mayoría de los casos son plantas procesadoras ubicadas en la comuna de Quellón y también en la comuna de Chonchi, ciudad ubicada más al norte de la Isla.

MARCOVICI (2002), menciona que las mujeres indígenas se enfrentan a la carga doble de su condición de género y étnica; situación que las hace más vulnerables al VIH/SIDA. Lo que se relaciona principalmente con dificultades de acceso a la información y los problemas de subsistencia económica y laboral. Así lo demuestra la situación de las mujeres huilliches del estudio quienes, para enfrentar sus problemas de subsistencia realizan diferentes actividades. De esta manera, cuatro de ellas actualmente se desempeñan como operarias pesqueras, y otras cinco se dedicaron a ese oficio en algún momento de sus vidas. Otras se dedican al trabajo doméstico tanto remunerado (asesora de hogar en la misma comunidad, lavado y planchado), como no remunerado.

Una de las actividades que realizan actualmente y que se ha facilitado por la organización de un sindicato, es la recolección del alga *Gracillaria chilensis*, comúnmente conocida como “pelillo”, que es bien remunerado por las empresas pesqueras.

La realidad del desempeño laboral desde temprana edad, queda plasmada en los siguientes testimonios, que muestran como estas mujeres se ven enfrentadas a la búsqueda de oficios que mejoren su estado socioeconómico y el de sus familias:

*...porque cuando tú empiezas a trabajar, yo en mi caso, estudiaba en básica y ya cómo en 5º, en 6º ya empezaba a trabajar en los veranos... (VIVIANA, 15-24)*

*...estudí hasta 2º básico en la escuela de Natri y de ahí nos fuimos... me fui a trabajar, porque era de las tres mayores, y me mandaron a trabajar como niñera en casas particulares, tenía que trabajar puertas adentro... (IRMA, 35 y más)*

Como se menciona en el marco teórico, la condición social de desigualdad de la mujer que la expone a un riesgo más alto de contraer el SIDA, se relaciona además con la dificultad al acceso de información efectiva sobre sexualidad y prevención del VIH. Dificultad que se acentúa en la población de los pueblos originarios, especialmente de las áreas rurales, debido a la situación de aislamiento geográfico de sus comunidades en relación a los centros de salud, los que en general se ubican en las ciudades.

TOLOMEOTTI, S/F, señala que las comunidades rurales pobres de América Latina y el Caribe en su mayoría tienen poco o ningún acceso a los servicios de salud, lo que se relaciona con barreras geográficas, culturales y socioeconómicas que impiden a las poblaciones tener acceso a los profesionales y establecimientos de atención en salud y a los hospitales. El acceso a dichos servicios también se complica cuando el terreno que hay que recorrer es difícil, donde el transporte público a menudo es escaso. Al mismo tiempo, los médicos calificados generalmente no se trasladan a zonas aisladas. Sin embargo las localidades a las que pertenecen las mujeres estudio son de fácil acceso, pero cuentan con visitas médicas o “rondas” mensuales, que se caracterizan por ser muy populosas y en donde las actividades de promoción, por un factor tiempo no son prioridad.

#### **4.2 SALUD Y ENFERMEDAD: EL PAPEL DE LA ALIMENTACIÓN Y EL MEDIO AMBIENTE:**

Los conceptos de salud y enfermedad de los grupos humanos son fundamentales para comprender los factores de riesgo de contraer VIH, ya que esto nos permite conocer los factores tanto protectores como de riesgo que son identificados por las comunidades y los que no y que es necesario hacer saber. En este sentido para el grupo de estudio, la literatura menciona, que la salud en el pueblo mapuche se manifiesta por un equilibrio con la naturaleza y su entorno (CARBONELL, S/F b).

En esta misma línea, los hallazgos mostraron que el concepto de salud de las mujeres mapuche- huilliches del estudio, en los grupos etáreos entre 15-24 años y 25-34 años, ésta se

expresa en la armonía entre las personas y-su entorno y en “*sentirse bien*” en lo que hacen cotidianamente.

Por ejemplo, en el grupo de menor edad se señala:

*... para mí la salud es un tema de, por ejemplo si yo estoy sana, me encuentro bien, me siento bien, cosa de lograr más triunfos, no sé, eso es sentirse bien... (CAROLINA, 15-24)*

*... cuando se siente bien, cuando se ve bien....cuando comparte con los demás... (VIVIANA, 15-24)*

En los relatos de las mujeres del estudio se hizo muy frecuente la relación entre salud y alimentación, lo que se expresa más claramente en el concepto de enfermedad, planteado más adelante:

*... si uno...se cuida, no come tanto, no come en exceso, cosas que le hacen mal, vamos a estar bien, vamos a sentirnos bien, con sus amigos, su familia, estar de mejor ánimo... (JOHANA, 15-24)*

*... es que la salud se basa, se puede decir en dos partes, una es la salud física, que uno se cuida físicamente y la salud interior, también comiendo cosas saludables, en eso no más se basa, porque si nosotros comemos cosas saludables, que no nos hacen mal, eso hace que tengamos una salud más buena... (MARISOL, 15-24)*

El grupo entre 25-34 años dijo lo siguiente al respecto:

*... la salud para mí es estar físicamente, esto...bien, eh... ¡sentirse bien!, socialmente igual estar bien con las personas y mentalmente. (MARIELA, 25-34)*

*... yo creo que salud, es estar bien física y mentalmente, eh...sentirse...como persona sentirse bien, sentirse tranquilo, sentirse conforme, yo creo que eso es tener “buena salud”, sentirse bien... (ELIZA, 25-34)*

Llama la atención, que en el grupo etéreo mayor hay una sobrestimación de la enfermedad y desesperanza por cuanto la salud no existiría plenamente:

*... es que se define en muchos, en muchas, o sea, es decir, cuando está saludable....y de repente dicen esa persona es saludable porque es flaquito, porque hace ejercicio, porque hace una buena dieta pero ahora con lo que estamos viendo, estos mismos deportistas de repente le da un ataque, o sea, ni siquiera se sabía, o sea, se veía saludable pero en el fondo no estaba saludable... que de una o otra manera se tienen enfermedades... (AURORA, 35 y más)*

*... no, es que ahora ninguna persona es saludable... (ELSA, 35 y más)*

De acuerdo a la cosmovisión mapuche, la vida humana debe estar en armonía. Al mapuche le afecta todo lo que ocurre en la naturaleza; cuando de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los individuos también se ven afectadas. Este desequilibrio puede manifestarse tanto en el plano físico como psicológico y es conocido como *kutran* o enfermedad (DÍAZ *et al.* 2004).

... [La enfermedad] *es cuando uno se siente mal...se decae...es que depende de la enfermedad...porque según el tipo de enfermedad afecta a un órgano...* (VIVIANA, 15-24)

...*la enfermedad sería lo contrario, “sentirse mal”, a veces no solo enfermarse físicamente, de repente eh... mentalmente, psicológicamente uno se encuentra cansado, se encuentra aburrido y...no se siente bien poh...no se siente bien con lo que está alrededor, no se siente bien con los que lo rodean, yo creo que eso es estar enfermo, no “se siente a gusto”...* (ELIZA, 25-34)

Cuando un individuo, por su actuar provoca un desequilibrio entre los factores que reinan en la naturaleza se produce la enfermedad (CARBONELL, S/F a). En este caso, las mujeres de esta investigación señalaron como principal origen de la enfermedad a la “*mala alimentación*”, entendiendo por esto el consumo de alimentos procesados que no eran los que consumían sus antepasados. A continuación las citas de dos mujeres de los grupos 25-34 años y 35 y más años:

...*por ejemplo mi papá, él me dice que nunca ha estado enfermo, o si no su resfrío o poquita cosa no más y eso va, el dice que por la alimentación que él tuvo, que fue una alimentación sana, eso él nos conversa y que a veces uno pasa enfermo por lo mismo, porque no...ahora los alimentos no son como los que comían ellos...porque eran más sanas las comidas que comían antes las personas...* (JIMENA, 25-34)

... *y los jóvenes de ahora, ya no son como nosotros que nos crecieron con cosas más sanas, más naturales, ahora los jóvenes no, porque ahora comen lo que les agrada no más, lo que les gusta y a veces cosas que los perjudica en la salud....a veces me pongo a pensar y lo comentamos igual con mi mami esto de las enfermedades, es a veces por la alimentación porque por ejemplo el cáncer, ahora casi todo el mundo tiene cáncer, y antes la palabra cáncer no escuchaba...* (IRMA, 35 y más)

#### **4.2.1 Pertenencia al pueblo huilliche: ¿Factor protector ante las enfermedades?:**

Las enfermedades se dividen en dos tipos, las enfermedades mapuches y las enfermedades *wuinkas*. Esto desde la cosmovisión mapuche, sin embargo, el grupo de informantes no distingue tan tajantemente esa diferenciación, puesto que cuando se les pregunta si su pertenencia al pueblo huilliche les protege de contraer enfermedades, la respuesta es unánime al no hacer referencia a una característica orgánica que las proteja, sin embargo más adelante se mencionarán otros aspectos que sí son considerados protectores ante la ocurrencia de enfermedades.



Para el grupo de 15-24 años:

*...yo creo que las enfermedades no respetan a ninguna persona, raza o religión, que todas las enfermedades pueden llegar a cualquier persona si no se sabe cuidar... (VIVIANA, 15-24)*

En el grupo de 25-34 años se reafirma lo expuesto anteriormente y reafirma la participación de la alimentación en el proceso de enfermedad:

*...las enfermedades tanto a personas huilliches como no huilliches, es lo mismo porque al final somos todas personas humanas expuestas a que nos enfermemos de cualquier cosa...es que yo creo que antiguamente como que el pueblo huilliche se mantenía, digamos, más en forma porque eran...consumían más productos naturales, gozaban de mejor salud...uno ya es más desordenado, entonces está expuesto a las mismas enfermedades que sufre el resto de las personas... (ELIZA, 25-34)*

Para el grupo de mujeres mayores:

*... no creo, yo creo que están todos iguales, ya no hay huilliches ni nada...a sí, en la resistencia sí, ahora la gente nueva ya no somos fortalecidos como ellos...yo tengo 70 años y todavía estoy bien... (ELSA, 35 y más)*

Si bien es cierto, no reconocen un factor protector propio asociado a su origen étnico, sí reconocen características de su medio que las protege y que hace la diferencia con otras/os de la Isla de Chiloé y del país y que está asociado a sus conceptos de salud y enfermedad, donde el daño es generado por falta de equilibrio en la naturaleza (CARBONELL, S/F a). En este sentido las informantes perciben a su medio ambiente protegido de la contaminación, que sería entonces otro origen de enfermedad:

*...por ejemplo en el pueblo, es como más, como más contaminante, el aire, las aguas, todo lo que tiene que ver con el medio ambiente, en cambio acá es como más saludable... (VIVIANA, 15-24)*

De la visión de un medio ambiente protegido y alejado de la contaminación también nace la idea de que las enfermedades “tardan en llegar” a la Isla de Chiloé, por lo que la vida en una isla actuaría como “barrera protectora”. Además, según lo señalado anteriormente, la enfermedad también es traída, según las informantes, por gente ajena o que no es de la Isla. Esto queda claro en la siguiente cita de una mujer del grupo entre 25 y 34 años:

*... o sea que...uno de repente, las enfermedades primero vienen de afuera, uno siempre escucha por la tele o por la radio, ya...tal enfermedad y pasa el tiempo y aquí la enfermedad va llegando, pero mas tarde, el hecho de estar en un lugar más apartado, limpio, como es una isla, yo pienso que...por eso llegan más tarde, porque más al norte el aire, ya no respiran el aire puro que respiramos nosotros... o de repente la gente que viene del norte trae enfermedades, son mas, no sé...no lo...uno de repente se pone a pensar y como que no tiene algo claro... (BARBARA, 25-34)*

En estas citas destaca la mención de “Virus” como agentes generadores de enfermedad y que además también tardan en llegar a su comunidad, y reafirma la idea “del campo” cómo barrera protectora:

*...bueno, cuando son enfermedades por virus eh...de repente sí tardan en llegar más a la Isla, es que también pasa por el tipo de enfermedad porque nosotros acá, en el campo sobretodo, gracias a Dios, gozamos de una naturaleza sana todavía, un aire limpio, donde uno puede andar sin mayores preocupaciones, preocupados del aire que nos vaya a hacer mal como...entonces...yo creo que eso también ayuda a que nos mantengamos sanos y en mejor estado... (ELIZA, 25-34)*

*... claro, eso también hace que aparezcan tantas enfermedades en las grandes ciudades que uno ve por ejemplo uno ve en la televisión que hay virus que uno acá...nunca...que a los niños no les llega acá poh, nunca están enfermos con esos virus que uno...puede ser por el ambiente igual, contaminación, en cambio aquí no tiene, goza de buena salud, porque el ambiente es todo natural, es limpio y no es tan...uno aquí no va a decir que tiene contaminación... (JIMENA, 25-34)*

Como resultado, al analizar los dos primeros capítulos, de los hallazgos se desprende principalmente que la salud y la enfermedad, como conceptos, están ligados al equilibrio de la naturaleza y al tipo de alimentación principalmente, acorde a lo que la teoría refiere.

El origen de enfermedades se liga directamente a la alimentación, principalmente evidenciando un cambio conductual de sus comunidades a través del tiempo ya que actualmente los alimentos que consume su pueblo son principalmente procesados y no naturales como los que consumían sus antepasados, esto haría la diferencia entre el mejor estado de salud de ellos y el que tiene actualmente su grupo étnico.

El otro factor mencionado como origen de enfermedad es la contaminación y destrucción de la naturaleza, lo que las/os diferencia de las personas de ciudades y/o de otros lugares del país y no se reconoce la pertenecía al pueblo huilliche, o poseer la sangre huilliche como factor protector. La diferencia radica principalmente en que las personas que habitan en ciudades y especialmente fuera de Chiloé, están expuestos a ambientes más contaminados y menos conservados naturalmente, y en este sentido los virus fueron mencionados como los agentes más frecuentes de enfermedad.

#### **4.2.2 Visión mágica de la enfermedad y coexistencia entre la medicina tradicional y natural:**

Como menciona CARBONELL (S/F) b, sólo son enfermedades aquellas reconocidas como tales por el grupo humano donde se desarrollan y es así como encontramos diferencias en los conceptos y clasificación de las mismas en diferentes grupos étnicos. En este sentido, una forma de explicar el origen de enfermedades en los pueblos nativos es la “visión mágica de la enfermedad” o aquellas fuerzas de orden maligno que no tienen explicación en la medicina tradicional, pero que sin embargo afectan a los individuos de determinados grupos étnicos, concepto que representa un eje en la cosmovisión mapuche.

En las palabras de dos mujeres de entre 15 y 24 años observamos como, estas enfermedades se producen y se caracterizan por no tener explicación desde la medicina tradicional u occidental, por lo que además se señala a “*especialistas*”, pertenecientes a la misma etnia que pueden curar estas dolencias propias de su cosmovisión con remedios que le son característicos. Estas respuestas fueron obtenidas directamente al realizárseles las preguntas relativas a los llamados “*males*”, si eran éstos considerados dentro de su visión de enfermedad y si existía o no aún este suceso en sus comunidades.

*... eh... sí existen, todavía existe y todavía hay personas que curan enfermedades, de repente dicen que una persona, por ejemplo, está, le da un ataque por decir así, y los médicos no le encuentran nada, es porque es un “Mal” que le hicieron y lo llevan a la machi y yo creo que todavía existen personas que trabajan con eso... (MARISOL, 15-24)*

*...Sí yo también creo porque, por ejemplo yo tengo a una tía que igual tiene varias cosas, enfermedades así y va al médico, al médico y no le encuentran nada, no, le dicen que todo está bien y en Quellón hay una Sra. que hace remedios como así medicinales, por ejemplo mi hermano cuando chico ya no podía hablar porque se había “asustado” poh... y también lo llevaron a los médicos y no sabían y...después lo llevaron donde esa Sra., y la Sra. le hizo unos remedios y con eso se sanó, así que yo todavía creo en eso...( CAROLINA, 15-24)*

Aquí vemos los testimonios de mujeres más escépticas y que señalan a esta visión como pertenecientes a los más antiguos de su etnia y que muestra otro punto de vista:

*... no sé, yo no creo mucho en esas cosas, porque yo soy muy creyente de Dios, y yo sé que cuando mi hijo se enferma o alguien así en mi casa, no es precisamente de “Un mal”, si no, que porque no lo cuido bien de repente, en el mismo aire andan virus y... siempre tienden a pensar las personas más antiguas, más viejitas que no, porque le caen mal a alguien le hizo algo, yo no, no soy muy creyente de esas cosas...( VIVIANA, 15-24)*

*... yo por ejemplo escuchaba en mi casa, sabe que yo me crié con eso pero ahora como que no, pero de repente hay personas que dicen –“ay me enfermé y esto debe ser un mal que me dieron”- o de repente no poh porque uno se enferma, yo creo en los médicos, voy al hospital y encuentran la enfermedad y no es todo tan como me criaron mis abuelos o mis padres que todo era la enfermedad era por la magia. No sé... pero que los hay los hay... y esas enfermedades, los médicos no dan con esas enfermedades y yo pienso que ahí y uno va y le hacen exámenes y más exámenes y lo ve el médico y no lo encuentra...ahí yo estaría dudando... (JHOANA, 15-24)*

Llama la atención en el relato de una de las informantes, lo arriesgado o “*criminal*” que resulta el tildar a una persona como “*brujo/a*”, persona que desde la cosmovisión mapuche es la encargada de provocar el “*mal*” por encargo de otros/as. Esta importancia radica en que para terminar con el mal se debe encontrar al o la brujo/a y matarlo/a para que no siga cometiendo atrocidades. Incluso la muerte de quien es sospechoso de practicar este oficio es tomada como confirmación de que tal aseveración era cierta:

*...yo no lo creo mucho na'... yo creo que es un poco criminal...murió el brujo, fulano murió, es brujo, queda por brujo... (ELSA, 35 y más)*

Desde la perspectiva de la medicina tradicional/occidental habitualmente se comete un error al poner conceptos biomédicos, es decir, considerar como enfermedades a ciertos hechos que para los mapuches no lo son y viceversa. La cosmovisión mapuche contiene enfermedades que le son propias y a éstas pertenecen aquellas provocadas por fenómenos o poderes reconocibles sólo dentro de esa cultura. Por eso es que estas enfermedades o poderes deben ser tratadas con remedios que le son característicos (CARBONELL, a. S/F).

En base a lo anterior, destaca la separación entre las enfermedades típicas de su cosmovisión, las que solo cura la medicina natural y su especialista, y las demás enfermedades que pertenecen a la medicina tradicional, para las cuáles esta última tiene las soluciones. Se debe dejar en claro que estas enfermedades no son consideradas como “males”.

En las mujeres de 15-24 años, destaca la percepción de la superioridad de la medicina tradicional/occidental sobre la natural:

*...yo creo que ambas, porque....pero...a ver, yo, yo siempre he probado de ambas medicinas y para mí las dos me hacen bien, pero siempre me confío más en los médicos, como son especialistas, o sea, confío más en esa medicina... (CAROLINA, 15-24)*

*...yo siempre he estado en el hospital y la medicina natural no la he probado nunca, confío más en los médicos... (JHOANA, 15-24)*

En relación a las enfermedades propias de la cosmovisión, se señala la cura y “médico” correspondiente. Acá mencionan enfermedades que solo cura la medicina natural como la “asoleadura”, los “soplos” y el “susto”:

*...si poh...por ejemplo hay cosas que...las enfermedades que la medicina...no la medicina natural, la otra medicina no hace...por ejemplo cuando uno le hace “mal el sol”, se solea, la medicina...no la natural, no hay medicinas para esa enfermedad y por ejemplo uno le hace yerbas o medicina natural y le hace bien, porque yo lo veo ahí mi niño...hace poco le hizo mal el sol y se solearon, estaba con una tremenda fiebre y le dolía la cabeza...mi mamá me dijo...porque yo pensé que se había resfriado y me dijo mi mamá: -“El chico no está resfriado”- me dijo -“Le hizo mal el sol”- y yo le dije -“¿qué hago...lo llevo a la posta?”- - “no”- me dijo, porque en la posta no hay remedios para la asoleadura, -“no le van a dar”- me dijo, después me dijo que le haga y que busque hojas de habas y le haga un jarabe de hojas de habas, que lo flete\* y le dé de tomar... y sabe que le hice y como a la media hora que súper bien, le bajó la fiebre y el dolor de cabeza y ya andaba corriendo.....( ELVIRA, 25-34)*

*...yo pienso que las dos medicinas son efectivas, porque hay personas que tienen como “soplos” en el corazón, no sé...entonces, a veces la medicina de los médicos hacen algo que...pero a veces, tienen, le hace más efecto a la persona, la medicina natural, eso es lo que he escuchado yo... (MARISOL, 15-24)*

*...enfermedades graves, graves no creo...supongamos por ejemplo cosas que sean...más graves por ejemplo la enfermedad que tuve yo [aneurisma] no la puede curar la medicina natural...enfermedades al cerebro, al corazón, cosas como el “susto”\* eso sí, pero mas graves no...( ELVIRA, 25-34)*

En el grupo de 25-34 años, destaca una fuerte adherencia a la medicina natural por sobre la tradicional, privilegiando el uso de medicinas naturales para la solución a sus problemas de salud y relacionándolo con su uso en la antigüedad y el mejor estado de salud de sus antepasados:

*...porque en el caso de nosotros allá en mi casa, mi mamá porque ella nunca la hicieron sanar por ejemplo cuando tuvo un cáncer gástrico, nunca lo pudieron sanar los médicos, en cambio con la medicina natural que ella empezó a tomar ella se recuperó y si no hubiese tomado el medicamento yo pienso que mi mamá no está...así que yo en mi criterio mío, la medicina natural es mejor, los médicos no tengo confianza, es que aparte que no es un médico donde tú tengas 100% confianza que te vas a sanar con eso, por lo menos a mí, no confío mucho en esos medicamentos... (JIMENA, 25-34)*

*...yo pienso también que la medicina natural es mucho más sana que la medicina tradicional, sobre todo yo en mi caso, uno cuando tiene hijos, eh...yo a los niños, a mi hija en este caso, soy súper mala para darle medicina, yo voy al médico por ver no más, para ver que me dice, porque prefiero mil veces darle yerbas que la gente mayor me dice (ELIZA, 25-34)*

Para el grupo de 35 y más años, claramente el uso de medicina natural es más efectivo:

*...no, es mejor la natural...tantas pastillas, tanto que llega a ser droga yo creo...yo que la medicina de los médicos también está bien, pero...yo si me enfermo voy por un ajeno, una manzanilla, un toronjil cuyano, laurel y todo eso es mejor que todo, mezcla de pastitos... (ELSA, 35 y más)*

Es importante dejar claro en este aspecto que en ninguna ocasión se mencionó dentro de las enfermedades características de su cosmovisión a patologías que se presumieran fueran de origen sexual. Lo que era importante para los fines de la investigación.

La visión mágica de la enfermedad, en base a lo anterior, es una realidad que coexiste con el origen aprendido desde la medicina tradicional/occidental, es así como las enfermedades denominadas “males” prevalecen en la vida de estas mujeres y son descritas como daños que se producen y se caracterizan por no tener explicación desde la medicina tradicional, además se mencionan a otras patologías, que enriquecen su propio mundo, tales como, la “asoleadura”, los “soplos” y el “susto” que no son males, es decir, no son provocados intencionadamente por alguna causa de orden maligno, pero que son propias de su cosmovisión, para las cuales al igual que con los males se señala a “especialistas”, pertenecientes a la misma etnia que pueden curar estas dolencias con remedios propios de la medicina natural. De esta forma observamos como la medicina natural representa una forma más compleja y completa de tratar las dolencias que aquejan a las/os pertenecientes a sus

comunidades, ya que pueden intervenir en las patologías de la medicina tradicional/occidental y en las de su cosmovisión étnica.

Se destaca de los hallazgos que existen diferencias entre las generaciones con respecto de la medicina natural y la tradicional/occidental. En base a lo expuesto en el párrafo anterior, se evidencia una fuerte adherencia a la medicina natural, por parte de los dos grupos superiores (25-34 años y 35 y más) señalando desconfianza del régimen medicamentoso occidental, en contraposición con el grupo de menor edad que muestra mayor confianza de la medicina tradicional/occidental.

#### **4.2.3 El contagio: diferencias generacionales en su concepto:**

En esa coexistencia entre la medicina natural y tradicional, el concepto de contagio como la “*transmisión de una enfermedad en forma mediata o inmediata*”, debía ser abordado en las entrevistas. Los datos recopilados muestran que el concepto está más claro para el grupo intermedio que para los dos restantes.

El grupo de 15-24 años otorga una dualidad al significado del concepto “*contagio*”, por un lado lo relacionan o asocian con enfermedad, es decir, contraer una enfermedad que posean otros/as pero además significaría también la adquisición o incorporación de conductas, positivas y/o negativas que poseen otras personas, es decir, al hablarles de contagio, este grupo etáreo contextualiza el concepto haciendo la separación inmediata entre estos dos significados:

*...y por los diferentes tipos de contagio, porque si es un contagio de una enfermedad, o sea, tienes que ir a un médico y si es algo por fuera, no de una enfermedad, es como que uno no ve los errores, los cambios que va teniendo de personalidad o uno misma ...también se puede decir contagiarse, si tú te juntai con una amiga y esa amiga es floja pongámosle, y tú también te contagiai, entonces tenís que tratar que no influyan las otras cosas en ti, y en enfermedades tratar de prevenir... (CAROLINA, 15-24)*

*...hay varios contagios..., como de, por ejemplo si tú no quieres bailar y empiezas a ver como bailan los otros y te vas contagiando, entonces, va porque uno se contagia con lo que ve... y el contagio por enfermedad... (MARISOL, 15-24)*

Para las mujeres entre 25-34 años, el concepto de contagio, desde la perspectiva de la medicina tradicional/occidental, está más claro:

*...pegarse una enfermedad de uno a otro... (MARIELA, 25-34)*

*...contagiarse yo creo que es... yo creo que hay varias formas de contagio. Contagiarse sería adquirir lo que otro tiene, por el aire, por los utensilios de repente, por eh...el uso de cosas en común, ya sea ropa, materiales de aseo, eso... (MARIELA, 25-34)*

Las mujeres de 35 y más años, no señalan un concepto de contagio, pero lo relacionan directamente con enfermedades altamente contagiosas, tales como hepatitis y sarna, entre otras:

*...bueno, puede ser una persona que esté enferma, tenga un cáncer o tenga algo y muchas veces no se da cuenta que le está pegando algo... es pegajoso... (ELSA, 35 y más)*

*...claro, contagioso, porque hay enfermedades que son contagiosas, la Tuberculosis es contagiosa... (IRMA, 35 y más)*

*...el sarna también es pegajoso... (AURORA, 35 y más)*

Respecto de los mecanismos de contagio, para las mujeres de menor edad (14-15 años), este suceso tendría una característica de descontrol sobre su ocurrencia, por cuanto “Uno no se da cuenta cuando se contagia”. Destaca, además, el conocimiento de agentes patógenos como el contacto, virus y vectores que facilitan o producen el contagio. Este punto es importante, pues muestra como perciben la ocurrencia de este fenómeno y la propia responsabilidad en ella.

*...es que a veces uno no se da cuenta cuando uno, cuando se contagia y...porque creo que no tiene la facilidad de ver la, de ver el contagio ahí...yo creo que también no solo es porque otra persona está infectada, porque en el ambiente hay virus, que andan en el aire...(MARISOL, 15-24 )*

*...y tú no te das cuenta de muchas cosas, hasta en el aire hay enfermedades... (CAROLINA, 15-24)*

Las mujeres de los grupos de 15-24 y 25-34 años refieren como principales agentes de contagio a los virus y como medio al aire:

*...por ejemplo si alguien está enfermo en la casa y por ejemplo está resfriada y no se tapa la boca y tose, queda en el aire y se contagia sin darse cuenta, porque uno no ve el virus...(JHOANA, 15-24)*

*...contagiarme por ejemplo si una persona está resfriada y anda en el mismo ambiente, igual contagia por el aire, puede andar este...que hace que uno se contagie... (JIMENA, 25-34)*

*...la varicela yo pienso que eso se pega porque el virus queda en el aire por ejemplo estando juntas las personas, juntos con las personas que están enfermas, se contagian, la hepatitis eso puede ser por contagio directo porque se usan los mismos servicios... (ELVIRA, 25-34)*

En cuanto a la forma de prevenir un contagio, los dos grupos de mayor edad coinciden en el “aislamiento” como método más eficaz, esto es coherente con su concepto de enfermedad que se mencionó más arriba, para las cuales el método más efectivo de prevención es justamente esta medida:

*...por ejemplo mi marido estuvo con hepatitis y tenía que estar solo en un dormitorio y estar comiendo y todas sus cosas lavarlas con cloro y usarlo solo él... (BARBARA, 25-34)*

*...si tiene un enfermo tiene que tenerle separada sus cosas donde come, y lavarle lo que tiene... (CAROLINA, 15-24)*

*...todo aparte, se lava... (DOMINGA, 35 y más)*

Como resultados se obtuvo que el concepto de contagio muestra diferencias generacionales, principalmente en el grupo etáreo menor, el que otorga una dualidad a su significado, por un lado relacionándolo con enfermedad, es decir, contraer una enfermedad que posean otras/os, y por otro lado adquirir o hacer propias ciertas conductas que caracterizan a otras personas a su alrededor. Las mujeres del grupo intermedio mostraron mayor cercanía al concepto occidental de contagio, mientras que las mujeres de 35 y más años, no concretan un concepto, pero lo relacionan directamente con enfermedades altamente contagiosas, tales como hepatitis y sarna, entre otras. Los mecanismos de contagio, para las mujeres de menor edad (14-15 años), la ocurrencia de este fenómeno tiene que ver con aspectos que escapan a su propia responsabilidad, destacándose entre ellas el conocimiento de agentes patógenos como el contacto, virus y vectores que facilitan o producen el contagio.

#### **4.2.4 Riesgo, dualidad positiva y negativa:**

Para empezar a cerrar los capítulos relacionados a los conceptos de salud y enfermedad de las mujeres del estudio, es necesario hacer referencia al concepto de riesgo en salud, que según la OMS (2002) es definido como "la probabilidad de un efecto adverso, o factor que aumenta la probabilidad de éste".

Para las mujeres más jóvenes del estudio, el concepto de riesgo posee un significado doble, de connotación negativa y positiva. La primera, de orden biológico, se condice con la definición de la OMS antes señalada, pero la segunda no, otorgándole un carácter social, haciendo relación entre este significado y las conductas de emprendimiento. En estos extractos se puede observar, como el concepto de riesgo es incorporado, por un lado como una exposición al peligro, pero en forma más importante queda de manifiesto la relación entre el "arriesgarse" y el logro de las metas que se proponen en la vida. Se transforma entonces el riesgo en un "medio obligatorio" para la consecución de estas metas.

*...depende del caso...por ejemplo cuando uno llega a una ciudad, eh...no, como que no....a ver...nos proponemos algo que es súper difícil para nosotros, entonces, si sabemos que es bueno, nos arriesgamos a que podamos cumplir esa meta, y si es algo malo, nos arriesgamos a que nos hundamos no más...( MARISOL, 15-24)*

*...a ver...para mí hay diferentes tipos de riesgo que correr, eh...porque uno puede estar expuesto a muchas cosas, a diferentes tipos de riesgos y ...a ver, como te dijera, como que a ve... a veces, nosotros queremos, nos proponemos hacer cosas o que queremos hacer, y queremos tratar de lograr lo que siempre queremos hacer y en veces, o en toda la vida yo*



*creo que corremos riesgos, para mí estar en riesgo es estar expuesto a muchos peligros...a muchas cosas...( CAROLINA, 15-24)*

El grupo entre 25 y 34 años mostró tener mayor claridad del concepto:

*...bueno...el riesgo es algo malo, o sea, la palabra riesgo yo creo que no es nada bueno, porque cuándo corres riesgo de tener alguna enfermedad, es que algo malo le va a pasar o le está pasando... (BARBARA, 25-34)*

*...es algo no bueno...yo creo que por lo tanto...para mí riesgo es un peligro latente...que siempre esta ahí, algo que es un peligro para, en este caso, la salud... (ELIZA, 25-34)*

En las mujeres de más edad, el concepto de riesgo no está asimilado, puesto que no pueden llegar a concretar una idea clara al respecto; sin embargo, hacen una relación con algo de índole negativa, que atenta contra la salud, tal como la muerte y la enfermedad. Es así como ante la pregunta **¿Qué significa el riesgo o estar en riesgo?**, sus respuestas fueron:

*...muerte... (DOMINGA, 35 y más)*

*...enfermedad... (IRMA, 35 y más)*

*...arriesgar contra la vida de la persona...es algo malo... (HORTENCIA, 35 y más)*

Respecto a la percepción del riesgo, los grupos de 15-24 y 25-34 años, identifican factores predisponentes a un riesgo en salud, tal como no tomar medidas preventivas:

*...por no cuidarse bien, por no tomar las medidas necesarias contra lo que le puede pasar, tratar de prevenir... (VIVIANA, 15-24)*

Las mujeres en edad media, identifican como factores a la desinformación y la influencia de personas, de índole negativa, que las expone a determinados riesgos.

*...que es tener algo malo, como una influencia así... a veces uno no anda con buenas influencias, puede andar con riesgo de alguna cosa...si...una influencia negativa...por ejemplo cuando anda una persona, si yo me junto con una persona y esa persona no trae buenas intenciones... (MARIELA, 25-34)*

*...eh...de repente no nos damos cuenta, que a lo mejor a los pasos de nosotros está el riesgo...entonces yo creo que la información es importante, porque cuando uno tiene en cuenta toda la información sabe de lo que se trata, sabe de las protecciones, eh...ahí ya va en uno tomar la decisión, si se arriesga o no se arriesga... (ELIZA, 25-34)*

Además, mencionan que el correr o no un determinado riesgo es responsabilidad de cada persona, otorgándole directamente la causa de su ocurrencia como una secuela de nuestras propias decisiones:

*...está en nosotros el cuidarnos y protegernos, o sea, por lo mismo si es un riesgo, nosotros mismos elegir si corremos el riesgo o no corremos el riesgo, es una decisión personal yo creo... (ELIZA, 25-34)*

*...porque cada persona, eh...sabe si corre el riesgo o no poh...y protegerse por sí sola, otra persona no le va a estar diciendo si está corriendo riesgo... (JIMENA, 25-34)*

El concepto de riesgo entonces, para las mujeres más jóvenes posee una dualidad en su significado al igual que sucede con el concepto de contagio. Esta dualidad posee una connotación negativa y otra positiva, por un lado sería una exposición al peligro, pero en forma más importante queda de manifiesto la relación del “arriesgarse” y el medio para alcanzar los objetivos de crecimiento que se han propuesto para sus vidas. En las mujeres del grupo intermedio, como en los casos anteriores se logró un concepto más claro, mientras que para las informantes mayores el riesgo como tal, no está asimilado, y dificultosamente llegaron a concretar una idea relacionándolo con un suceso de índole negativa para la salud, asociando su significado con muerte y enfermedad.

### **4.3 SALUD SEXUAL Y MUJERES HUILLICHES:**

#### **4.3.1 Acceso información: diferencias generacionales:**

En cuanto a la salud sexual o aspectos relacionados con el ejercicio de una sexualidad saludable, encontramos en los datos diferencias entre los grupos etáreos.

En cuanto a la información sobre salud sexual y sus fuentes las mujeres del grupo etáreo mayor, recibieron una escasa información y marcada por un fuerte ocultamiento a nivel familiar del tema.

*...yo por mi parte, en mi casa nunca supe...ni nos decían que nos íbamos a enfermar [menstruación] ninguna cosa de esas... ojalá que hubiéramos dicho algo de eso porque los palmazos... (ELSA, 35 y más)*

*... Eh...yo no sabía que era sexualidad, eh...cuando estuve con él, con mi marido, yo no sabía que era, porque yo, o sea, porque uno vive en el campo y nunca, no había escuchado de eso, sobre relación sexual, nada de eso, cuando me quedé embarazada y todo y llegué al hospital a tener a mi niño, ahí recién, porque la matrona, los matrones me hablaron de esto, porque si no nunca hubiera sabido, porque yo cuando llegó mi primera regla yo no sabía que era eso, yo tenía miedo, pensaba que me iba a morir, cuando estaba sangrando me escondía para que mi mamá no me viera, yo pensaba que eso era lo “embarazado” de las mujeres, y nunca había escuchado sobre relación sexual y nada de eso, entonces cuando llegué al hospital a tener a mi bebé, ahí recién me abrieron un poco la mente de que pueda entender qué me había pasado, qué me había sucedido (AURORA, 35 y más)*

Lo mismo pasó con el grupo de 25-34 años,

*...bueno en mi casa no se conversa mucho el tema, o sea, no...digamos, prácticamente no se trata el tema, sobretodo cuando yo era chica, menos todavía, ahora ya más porque mis hermanos son mucho más grandes, entonces de repente con ellos se conversa... eh...la mayor parte lo aprendí en el colegio, o sea, en la Enseñanza básica...Yo creo que en cuanto a la información, yo de repente, no es mucha la información que se da en la casa, yo creo que donde nosotros vivimos no se conversa en la casa con respecto al sexo y la sexualidad... (ELIZA, 24-35)*

*...En una catequesis, no recuerdo mucho la edad, pero tendría como diez años, nos sentaban a todas las niñas aparte y todos los niños a parte y nos hacían como clases aparte, nos hablaban de la sexualidad, que teníamos que cuidarnos, eh...igual nos hablaban de las reglas, porque algunas niñas se asustaban cuando les llegaba la regla, porque como los papás antes tenían vergüenza, nunca le enseñaban a sus hijos... en mi casa mi mamá nunca nos hablaba de sexualidad, porque después nosotros a medida que fuimos creciendo fuimos sabiendo, porque mi mamá siempre tiene sus trancas, que le da vergüenza hablar de eso y a mí, la primera vez fue fuerte pero después no, era como algo más normal... (ELVIRA, 25-34)*

Mientras que en el grupo de 15-24 años se muestra un mayor acceso a la información, con una leve apertura a nivel familiar, con información recibida también en el nivel escolar:

*...En mi casa, en mi casa desde chiquitita mi mamá me habla de eso, me conversaba de la regla, sobre de esas cosas, sobre que tenía que cuidarme y todas esas cosas, ella como lo que siempre me conversaba, en la casa empecé a escuchar, si poh y después en el colegio, cuando ya era un poco más grande y con las amigas igual se conversa hartito... (CAROLINA, 15-24)*

*...en este tiempo eh...la televisión, en los colegios, en el colegio que estoy yo siempre nos tratan de cuidar a nosotras que estamos más crecitas, nos tratan de proteger dándonos consejos, en el colegio como en la casa, porque en mi casa igual se habla hartito de esto, porque ahí tenemos hechos, se puede ver que si una persona no se cuida puede quedar embarazada... (MARISOL, 15-24)*

Asimismo, se destaca en este grupo que la mayor parte de la información ha sido recibida desde los medios de comunicación masiva, específicamente la televisión.

*...En la escuela siempre, en la tele, porque en la tele siempre hablan de relaciones y de las enfermedades eh...eso... en la tele y después más información con los profes en la escuela...Sí, sí en la escuela siempre se habla con los profesores, porque los profesores tienen una mentalidad más abierta siempre, eh...y siempre conversando porque cuando tú empiezas a trabajar, yo en mi caso, estudiaba en básica y ya cómo en 5º, en 6º ya empezaba a trabajar, o sea, en las vacaciones, y como que ahí uno empieza, empieza a hablar porque, empieza uno, que una amiga se enfermó, que tiene esto, que tiene un cáncer y ahí como que sale, empiezan a salir a flote por qué se enferman...(VIVIANA, 15-24)*

Pese a la escasa información recibida, para los grupos de 15-24 y 25-34 años, el concepto de salud sexual está medianamente claro, no así para el grupo de 35 y más años.

De este modo, las informantes del grupo etéreo menor relacionan la salud sexual con conceptos como prevención, relaciones sexuales e higiene:

*...Eh...salud...de relaciones sexuales, de la mujer y del hombre, de métodos de prevención, sobre todo de enfermedades, ...cómo cuidarse, que es como lo mismo y...de las enfermedades que a uno puede transmitir, como entenderse entre la pareja, eso...( VIVIANA, 15-24)*

*...yo creo que [salud sexual] tiene que ver con la higiene, con la prevención, con esas cosas yo creo, porque no sé, uno siempre por esas causas si no tiene precaución te puede pasar algo...como la higiene también... (CAROLINA, 15-24)*

*...podemos creer que nos va a hablar de sexo, como dice la palabra, pero también salud sexual es lo que uno tiene, o sea, depende de los sexos, de si es hombre o mujer, cómo cuidarse las mujeres, según nuestro sexo como mujeres...( MARISOL, 15-24)*

El grupo de 25-34 años presenta una mayor complejidad en su entendimiento de la salud sexual y sexualidad:

*...la salud sexual, eh...tiene que ver con lo sexual...las relaciones sexuales, el compartir las parejas, sexualmente, eh...eso. Yo creo que sexualidad es todo lo que nos caracteriza como personas, o sea, que nosotras somos mujeres, eso para mí es sexualidad, mi sexo, eh...con todo lo que uno es, su pensamiento, su forma de ser, yo creo que dentro de eso está la salud sexual, por ejemplo si yo me siento bien, estoy bien...como mujer completamente, gozo de buena salud, también se puede decir que goza de buena salud sexual bien poh...(ELIZA, 24-35)*

Mientras que en el grupo etéreo mayor no se pudo obtener un concepto claro.

*...salud sexual...debiera ser como una...pareja estable como decía en delante, pero es difícil que uno diga, yo puedo decir que tengo pareja estable pero no sé si mi otra pareja, si es estable o no sé... (AURORA, 35 y más)*

Como resultado de este capítulo, la información sobre salud sexual que han recibido las mujeres del estudio muestra diferencias notables y marcadas según grupos etéreos. Las mujeres de los grupos etéreos mayores crecieron bajo fuertes tabúes y censuras familiares frente a estos temas, mientras que para el de 15-24 años, existió y existe un mayor acceso a la información, tanto en el interior de sus familias como en instituciones educacionales. Esto se relaciona con que al preguntar por el concepto de salud sexual, se observa mayor claridad en los grupos menores, relacionándolos principalmente con aspectos que tienen que ver con el sexo, prevención e higiene, lo que evidencia una mirada más integradora de los componentes del concepto.

Se destaca que la mayor parte de la información ha sido recibida desde los medios de comunicación masiva, específicamente la televisión.

#### **4.3.2 Infecciones de Transmisión Sexual, realidad que se percibe con lejanía:**

El contexto existente en la Isla de Chiloé con respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), queda de manifiesto en las estadísticas del policlínico de ITS del hospital de Castro, donde encontramos que ingresan anualmente aproximadamente 250 casos de todas las localidades de la Isla. El año 2004 ingresaron 245 casos y al primer semestre del 2005 ya habían 65 personas en control, algunas con más de una patología (HERNANDEZ Y VARGAS, 2005).

En relación a los hallazgos, la información manejada por las informantes sobre este tema se condice con la dificultosa accesibilidad a informarse sobre salud sexual, sin embargo algunas informantes destacan por sus conocimientos:

*...pero hay otras enfermedades, que uno escucha en las charlas...la sífilis, gonorrea, siempre en las charlas la matrona explica, y la última que escuché es el herpes, que yo no lo conocía, uno de repente igual lo escucha en la tele... (AURORA, 35 y más)*

No obstante, en general en los tres grupos, existe un conocimiento escaso sobre ITS, destacándose principalmente el SIDA cuando se les pregunta por las ITS que conocen o si las personas pueden enfermarse al tener relaciones sexuales. Los medios de comunicación masiva, específicamente la televisión, como se mencionaba anteriormente en el capítulo sobre salud sexual, ha permitido que estas mujeres tengan mayor acceso a información sobre el VIH, identificándola más claramente como una infección de origen sexual. Esto queda en evidencia al momento de recordar dificultosamente características y nombres de otras infecciones.

*...sí...del VIH...como te decía la semana pasada, del VIH que puede ser lo más común, este no sé...eso no más... (MARISOL, 15-24)*

*...sí...hongos eh...del SIDA, este y hay varias enfermedades sexuales, pero no me acuerdo... yo he escuchado, o sea, me pasaron enfermedades pero no me acuerdo de los nombres....eran como 4-5 nombres....es que no me acuerdo.... (CAROLINA, 15-24)*

*...enfermedades como el SIDA, sí... me acuerdo poco...de lo que me pasaron en la escuela pero no me acuerdo... hay otras enfermedades...pero no me acuerdo de los nombres... a mí me lo pasaron en primero medio...no estoy segura....está la Sífilis, la gonorrea...no sé cual de las dos es que da, que igual es por vía sexual y da picazón, de ahí no me acuerdo mucho... (MARIELA, 25-34)*

Para las mujeres de mayor edad destaca la incorporación de patologías tales como las hemorragias posparto e infecciones urinarias como de origen sexual, lo que muestra la información confusa que posee este grupo:

*...infecciones urinarias...del útero, que es como lo mismo... Sí, pueden ser infecciones, del SIDA...m... (VIVIANA, 15-24)*

*...y otros tipos de enfermedades sexuales también que no son exactamente el SIDA, porque existen otras enfermedades...yo he escuchado las infecciones urinarias... (ELIZA, 25-34)*

*...siendo enferma la persona con la que tuvo relaciones, enfermedades al útero y por ahí puede prevenir [provenir] el SIDA...pueden ser hemorragias y...las hemorragias también porque hay hombres que no respetan a sus señoras... cuando tienen a sus guagüitas, no esperan que sane... (ELSA, 35 y más)*

#### **4.4 CONDUCTA SEXUAL: LA REALIDAD TRAS LOS PREJUICIOS POSITIVOS DE LA MORAL MAPUCHE:**

Los hallazgos teóricos de la conducta sexual mapuche se contraponen a los hallazgos de la investigación en la práctica. Como vimos en el marco teórico, algunos autores piensan que la moral mapuche, podría actuar como "barrera protectora" frente al avance del VIH y que esto podría presentar además un apoyo para que asuman conductas preventivas. Quienes trabajan con ellos reconocen tener una percepción positiva, es así como se dice que los pertenecientes a esta etnia se caracterizan por ser recatados/as, que la mujer mapuche sería sexualmente monógama y muy fiel, por lo que las parejas adultas no implicarían riesgo (Zavala, M, citada por ESPINOZA, P. 2003).

Sin embargo, cuando se pregunta sobre el número de parejas sexuales, las mujeres entre 15 y 24 años, señalan que tanto hombres como mujeres de su comunidad, tienen más de una pareja sexual, haciendo un hincapié en que el estigma del "varón infiel" ya está quedando atrás por cuanto la mujer también ha asumido esta conducta.

*...De lo que yo sé hoy en día sí, porque a ver como te dijera, en la antigüedad una mujer solamente tenía una pareja, y era formal, tenía que presentárselo a los papás y si los papás estaban de acuerdo sí, en cambio hoy en día no, hoy en día una niña tiene un pololo y otro, se meten con uno, por ejemplo están pololeando, van a una fiesta y anda sin su pololo y no sé, puede pasar cualquier cosa, no sé yo creo que es común que las mujeres tengan relaciones con dos hombres o más... (CAROLINA, 15-24)*

*...¿En la comunidad?...yo creo que la mitad de las personas tienen pareja estable y el resto eh...siempre van a estar con dos personas o con una o más personas...Sí, porque cuando empieza a trabajar, no sé, yo he visto hartos casos ya, que a veces no le importa tener un niño o uno o más niños y su pareja y...igual no más si pueden estar con otra persona van a estar y yo lo he visto... uno a veces piensa que va a ser una mujer joven no más, pero de repente con mujeres jóvenes y un poquito más avanzadas de edad...( VIVIANA, 15-24)*

No obstante, mencionan que siguen siendo castigadas social y moralmente en mayor grado que los varones, y esto es el principal motivo para no asumir este tipo de conducta:

*...antes era más que el hombre era más infiel, pero a esta altura va pareja por los dos lados... igual yo creo que todavía existe eso del machismo, que siempre van a culpar más a la mujer cuando es infiel que al hombre... como que el hombre sí puede tener una caída y la mujer no... es así, o sea yo siempre estoy viendo casos, de que es parejo hombres y mujeres están con una pareja estable y con alguien al lado... (VIVIANA, 15-24)*

En el grupo intermedio, así como en el de 35 y más años, se reafirma la tendencia a ver al hombre como más promiscuo sexualmente y que la mujer, debido a las sanciones sociales, se comporta de manera más “seria”:

*...yo creo que depende de la persona, hay mujeres que son infieles y hombres también, tanto el hombre como la mujer....¿Aquí en el sector? ... yo pienso que acá...la infidelidad aquí no se ve...depende de la relación de pareja... Acá...no es común que tengan más de una pareja sexual, por lo que conozco.... (ELVIRA, 25-34)*

*...M... yo creo que se va haciendo cada vez más común, porque antes se veía como que, era, o sea, que los hombres tuvieran todas las mujeres que quisieran, pero la mujer si se sabía que tenía más de un hombre, era como, poco menos que la castigaban, pero hoy día se ve con más libertad y se está haciendo más común y sí yo creo que, así como hay hombres que tienen varias parejas también hay mujeres que tienen más de una pareja... (ELIZA, 25-34)*

*...yo pienso que como que los hombres tienen más libertad, o sea, que ahora no es tanto, pero antes era como que el hombre era “Hombre” y estaba para hacer lo que quisiera, y la mujer...la mujer no, porque la mujer es como que tenía que ser de una sola pareja o si se veía como una mujer, como que era muy “Picaflor”, era vista con malos ojos y creo que todavía es así...y eso mismo ha ido creando en uno la mentalidad como mujer, que tiene que ser más...digamos, mas formal en una relación, pero yo creo que los hombres son más infieles y más libres... (ELIZA, 25-34)*

Las mujeres de 35 y más años reafirman aún más lo anterior.

*...es que le echamos toda la culpa a los hombres no más pero hay mujeres igual que...a esta altura de la vida sí... (IRMA, 35 y más)*

*...los hombres se van a meter en las casas [de prostitución], todos, una vez al mes y... (ELSA, 35 y más)*

*...¿Cómo lo veo yo?, yo creo que sí, hay mujeres que tienen más de una pareja sexual, porque pueden llegar a engañar a sus esposos, algo que también yo he visto pero que no lo puede controlar... en el médico lo consulté, que había una persona, que siempre...bueno no voy a decir la persona pero yo veía a esa persona que tenía su pareja, pero era como algo que le atraía tener otras parejas y no solo por querer tener otra pareja, por decir, amar o querer a alguien, si no, por satisfacer algo sexual no más...es una mujer, entonces yo le consultaba al médico por que le podía suceder, porque a mí me daba miedo por mis hijos, porque puede ser que sea una enfermedad ... (AURORA, 35 y más)*

En las citas anteriores se observa cómo las normativas culturales y sociales señalan el actuar de las mujeres incluso en el plano sexual. Por esto, en la investigación se hizo necesario indagar sobre cómo se da esta relación al momento de tomar la iniciativa en el plano sexual, para las mujeres en estudio. Sobre los aspectos relacionados a la vulnerabilidad sexual de las mujeres, la literatura revisada, señala que la mujer debe ser inocente y sacrificada, anteponiendo las necesidades y los deseos de su compañero a los propios, haciendo más probable el sometimiento al contacto sexual, lo anterior reforzado por la creencia de que la mujer tiene relaciones sexuales exclusivamente para fines reproductivos mientras los hombres las necesitan (MARCOVICI, K. 2002: FLACSO- Chile, 2005).

Lo dicho anteriormente se verifica cuando las informantes mencionan la existencia de una subordinación sexual de la mujer ante el hombre, por “necesidad” de éste de tener actividad sexual:

*... es que ahí hay casos y casos, hay veces que el hombre por necesidad obliga, en caso de mujeres, porque yo he conversado con mujeres que a veces por... que ellos tienen relaciones por tener, porque su marido necesita tener relaciones ellas lo hacen y... en otros casos es acuerdo mutuo, el tener relaciones es acuerdo de ambos, de pareja... (JIMENA, 25-34)*

*...¿obligada?...de repente sí porque, por mi parte como casi vivo enferma, paso enferma de infecciones urinarias, igual me siento obligada, por que, igual, porque igual tenemos que tener actividad sexual, porque a veces ellos piensan –“¿Qué está pasando?”..- ahora me entiende, que sabe que estoy enferma, que no estoy bien, y cuando estoy sana sí y si no no... (BARBARA, 25-34)*

Otra interrogante de la investigación, en base a la conducta sexual de las mujeres del estudio, era indagar sobre la procedencia de la primera pareja sexual de las mujeres de la comunidad. Lo que mostró que existe diferencias en el grupo de 15-24 años, por cuanto las más jóvenes perciben la iniciación sexual con varones de la misma comunidad, y que al salir de su sector, ya sea por razones laborales o educacionales, comienzan a relacionarse con varones de “afuera”:

*... eso, yo creo que por gente de acá, porque uno puede ver las chicas que están aquí y ven que andan con personas de aquí no más poh, igual hay chicas que andan con personas de afuera... (MARISOL, 15-24)*

*... De la comunidad, sí... yo pienso que empiezan con la misma gente de acá y después cuando ya son un poquito más grandes, salen a trabajar, por ejemplo a Quellón, se van a Castro ¿ya? y ahí como que hay más personas de afuera y yo creo que ahí como su segunda etapa, empiezan ya con personas de afuera... bueno al final yo también me metí con una persona de afuera, pero era una persona que venía de afuera pero que estaba harto tiempo radicado acá...( VIVIANA, 15-24)*

Lo señalado por el grupo anterior es reafirmado por el grupo de informantes de edad intermedia, asegurando como “tradicón”, la iniciación sexual con varones foráneos y esto se



relaciona con que el grupo que se percibe como de mayor riesgo de las personas de esta etnia son los/as jóvenes que emigran a las urbes, exponiéndose a otras conductas de vida (ESPINOZA, 2003):

*... M... yo creo que ahora más por gente de afuera, porque como cada vez está llegando más gente de fuera, como que la gente del sector le llama la atención cuando llega, en este caso las mujeres, cuando llega un joven que es de afuera, como que le llama más la atención y yo creo que sí, más por gente de afuera en este momento... (ELIZA, 25-34)*

*...Eh...yo pienso que cuando las chicas salen, yo pienso en que eso va, porque salen, conocen otra gente, porque acá todo el tiempo se ven los mismos y...cómo que ya no ven, como una cosa de tradición, que salen a fuera y tienen su primera relación sexual... (ELVIRA, 25-34)*

Los hallazgos en la investigación con respecto de la conducta sexual mapuche muestran que ésta ha evolucionado, principalmente en las mujeres, quedando de manifiesto que existe un prejuicio teórico en cuanto se modeló a los pertenecientes a esta etnia como un grupo protegido por conductas monógamas y recatadas. En la práctica al realizar la pregunta sobre el número de parejas sexuales, las mujeres del estudio expresan que tanto hombres como mujeres de su comunidad, tienen más de una pareja sexual, señalan que existe una suerte de “freno” social en las mujeres para asumir estas conductas y recalcan la idea del “varón infiel”, sin embargo en sus palabras evidencian que la multiplicidad de parejas sexuales se ha vuelto una realidad cada vez más frecuente.

En cuanto a la procedencia de la primera pareja sexual de las mujeres de la comunidad, los discursos mostraron diferencias, por cuanto las más jóvenes perciben la iniciación sexual con varones de la misma comunidad, pero señalan que al salir de su comunidad comienzan a relacionarse sexualmente con varones ajenos a ésta. Destaca la visión tajante del grupo de informantes de edad intermedia asegurando como “tradición”, la iniciación sexual con varones foráneos asociando esta conducta principalmente con las/os jóvenes de su etnia.

#### **4.5 LA PROBLEMÁTICA DEL VIH DESDE LA MIRADA DE LAS MUJERES HUILICHES DE CHILOÉ:**

##### **4.5.1 Acceso información y el diálogo en la comunidad:**

Así como en el tema de la sexualidad, en relación al acceso de información sobre el VIH-SIDA, los datos obtenidos arrojaron como resultado que la información que poseen estas mujeres principalmente les ha sido entregada por la televisión. Esto se relaciona con la escasa “información efectiva” que manejan sobre este tema en sus hogares e instituciones educacionales y la lejanía de los prestadores de salud, entendiéndose por este concepto a la información pertinente y que proporciona o permite adquirir herramientas útiles para el cuidado de su salud.

Es así como en los hallazgos se ve claramente como principal medio de aprendizaje a la televisión, lo que fue transversal en todos los grupos:

*...Yo como te contaba el otro día, en una novela, sí porque había un caso de un niño, en el “Circo de las Montinni” y ahí empecé a escuchar, y en la tele también...yo lo primero que pensé fue cómo era esa enfermedad, cómo se trataba, cómo se transmitía, todo eso porque a través de este niño se veía súper mal, se veía bien afectado y no pensé que se tratara de cualquier enfermedad, le pregunté a mi mamá pero no sabía mucho del tema tampoco así que a los profes les pregunté...hace más o menos 4 ó 5 años atrás...( CAROLINA, 15-24)*

*...Del SIDA eh...en las charlas, en las charlas de los, cuando vinieron los universitarios y antes en la televisión ya, pero antes en la televisión, primero no lo asimilaba mucho mucho pero después lo empecé a asimilar el SIDA de ver eh... programas más a fondo de eso, qué significaba el SIDA, qué era el SIDA, yo lo veía como una enfermedad, como cualquier enfermedad otra, pero después, lo empecé analizar y era una enfermedad mortal.... Esto hace...a ver como 10 años, desde antes lo había visto pero nunca lo vi como tan grande, había escuchado la palabra SIDA en la televisión... (AURORA, 35 y más)*

En esta misma línea era importante saber si el tema del SIDA se conversa entre los/as habitantes de la comunidad. Los hallazgos muestran que el grupo de menor edad, evidencia una comunicación más abierta en su familia, sin embargo dejan ver en sus palabras que es un tema difícil de tratar entre las personas mayores, en comparación con la gente de su edad, así frente a la pregunta **¿Se habla del SIDA en su comunidad?**, ellas respondieron:

*...Es que hay diferentes tipos de mentalidades, o sea, que tienen distintos tipos de pensar, yo creo que para mí es un riesgo que a cualquiera le puede pasar, pero como que la comunidad no habla, o sea, por ejemplo si yo converso con un adulto, por ejemplo mi tío o mi tía no conversan sobre el tema, porque no sé, como que le da vergüenza, no sé, porque nosotros los jóvenes...no sé no quieren conversar y además que tampoco saben mucho los mayores...(CAROLINA, 15-24)*

*...¿la gente de mi edad? A ver, con las amigas que tengo o amigos, o sea, están harto informados sobre el tema, porque siempre conversamos sobre lo que es.....yo siempre con mi mamá es que más converso de esas cosas, mi papá es más cerrado, porque no, no conversa mucho de temas, mi mamá sí... (CAROLINA, 15-24)*

Para las mujeres de 25-34 y 35 y más años, es un tema que en el interior de sus familias nunca se ha tocado, como sucede con todos los temas relacionados con sexualidad:

*...yo, cuando era lolita, lolita cuando recién empecé a salir, yo salí a trabajar a los 14 años, yo no tenía presente el riesgo del SIDA, aparte que aquí en la escuela nunca nos hablaban y tampoco los papás, porque los papás no son como los papás de ahora, los papás uno les preguntaba y se enojaban y nunca.....tenían vergüenza de hablar sobre las relaciones, sobre el SIDA y mi mamá uno le preguntaba algo y decía: -“No sé...no sé nada”- y ahora -“la gente todo lo quiere saber”- dice ella y al final eso me respondía, y al final no me decía casi nada...antes yo no sabía, no tenía conocimiento del SIDA. (ELVIRA, 25-34)*

*...cuando se juntan los jóvenes, de repente se conversa el tema, pero en la casa...con mis hermanos, cuando de repente se escucha una noticia, uno conversa el tema pero nunca se conversa así, digamos, en profundidad, con detalles, se conversa así superficialmente... (ELIZA, 25-34)*

Sin embargo, muestran un cambio de actitud frente a sus propios hijos/as, señalando que tratan de explicarles todo lo que está a su alcance con respecto a este tema:

*...mi hijo me estaba preguntando, porque escuchó en la tele, porque todo lo que escucha...mira todo el día y toda la tarde, mira las noticias y todo lo que le llama la atención lo pregunta...y el otro día escuchó y me preguntaba qué era el SIDA y ahí le empecé a conversar que era una enfermedad contagiosa que tenía que cuidarse y ahí me decía que – “¿Por qué se enfermaban?”- y me empezó a preguntar y a preguntar, unas preguntas que ni supe qué responder, porque no supe qué responderle...( ELVIRA, 25-34)*

*...Yo con mis hijos lo hablo en forma directa, como ya en la medida que van aprendiendo y van comprendiendo, eh...como igual en la iglesia, la mayoría en la iglesia se habla bíblicamente esto, se hacen charlas con los jóvenes, porque los jóvenes son más propensos ... (AURORA, 35 y mas)*

*...en el caso mío poco más se habla... por ejemplo ahora en el caso mío, yo ya no tengo pareja, no tengo pareja y estamos siempre con mi hijo más chico no más que tiene 12 años, pero de repente igual conversamos, o sea, yo le explico lo que es sexo y a veces creo yo saber que es el él que sabe más que mí... (IRMA, 35 y más)*

De los tres grupos, con respecto a la información que manejan del SIDA y al significado otorgado por las informantes a la infección, destaca el grupo etéreo menor, puesto que sus palabras evidencian mayor información sobre el tema:

*...eh...es una enfermedad de transmisión sexual, que se transmite por la sangre, que no tiene tratamiento... que con el tiempo hay más contagiados, que...para tú saber si tienes SIDA, con un examen de sangre, tú puedes salir de tus dudas... (DANIELA, 15-24)*

*...que es una enfermedad muy grave...que va aumentando el contagio...que en una relación se puede contagiar, si el hombre tiene SIDA, puede contagiar a su pareja o su feto... (VIVIANA, 15-24)*

*...eh...el SIDA para mí es una enfermedad mortal, que no tiene cura... y que también no es detectada inmediatamente si no es por un examen de sangre, es la forma para saber si la persona está contagiada o no y que se va desarrollando a través del tiempo y...que va deteriorando a la persona, hasta bueno, que no tiene cura, es mortal... (ELIZA, 25-34)*

Lo mismo sucedió en cuanto a la información que manejan sobre el contagio del VIH, lo que podría tener relación con el mayor acceso a información sobre salud sexual que tiene este grupo en relación a los demás y que se mencionó anteriormente:

*...por tener relaciones sexuales con varias personas que trabajan en la calle, las prostitutas, no sé... entonces las personas que...por ejemplo si trabajan, es más frecuente en personas que están cansados de su mujer, el hombre después puede tener relaciones sexuales con su mujer y puede transmitir el virus a su pareja...y los que se drogan también, porque igual ellos se inyectan y las jeringas pueden quedar restos de sangre y sus otros compañeros, pueden contagiarse si el que usó primero la jeringa tenía algo... (MARISOL, 15-24)*

*...y...que no solamente se transmite a través de relaciones sexuales y... no solo en relaciones sexuales, en los hospitales en veces, las jeringas, es una enfermedad que es a través de la sangre se contagia... (CAROLINA, 15-24)*

En base a la presentación de los datos anteriores, se recoge como resultado que el tema del VIH-SIDA no es un diálogo fácil ni habitual entre los habitantes de las comunidades a las que pertenecen las informantes y se muestran diferencias según los grupos etáreos a los que se entrevistó, de esta forma el grupo menor, evidencia una comunicación más abierta en el núcleo familiar y entre las personas de su edad, recalando la dificultad de esto para las personas mayores. Para las mujeres de 25-34 y 35 y más años, es un tema que con sus padres nunca se ha tocado, como sucede con todos los temas relacionados con sexualidad. No obstante lo anterior destaca que muestran el deseo de un cambio de actitud frente a sus propios hijos/as, señalando que tratan de explicarles todo lo que está a su alcance con respecto a este tema.

Con respecto a la información que manejan del SIDA y al significado otorgado por las informantes a la infección, destaca el grupo etáreo menor, que en base a lo anterior evidencia mayor información sobre el tema, señalando mecanismos de contagios y características del VIH.

#### **4.5.2 Modelos-estigmas vigentes:**

La vulnerabilidad y la disminuida percepción del riesgo que tienen las mujeres al SIDA se relaciona con la estigmatización que se ha hecho a lo largo de la historia del SIDA con grupos de la sociedad tales como homosexuales y personas que practican el comercio sexual, lo que las expone aún más (SERNAM, 2004) y para las comunidades indígenas estas conductas son vistas como ajenas a su comunidad (ARAYA, E. 2005).

Cuando se toca el tema sobre quiénes consideran estas mujeres que tienen más probabilidad de estar infectados por el VIH o con quienes identifican esta patología, la estigmatización histórica del virus no se hace esperar:

Se señala principalmente a trabajadoras sexuales, debido a sus múltiples parejas sexuales:

*...el SIDA, es un virus, que se contagia porque las personas si no se cuidan, está más en las prostitutas porque ella trabajan con...siempre trabajan de noche y se acuestan con más personas, y...puede ser que ellas puedan tomar el virus y que las personas con las que se hayan acostado tenga el virus y lo contagien a otras más personas (MARISOL, 15-24)*

*...yo pienso que pueden ser las mujeres que le dicen “de vida fácil” eso...tienen más riesgo...porque ellas su trabajo es eso, tener relaciones con hombres... (JIMENA, 25-34)*

Se menciona también a los homosexuales:

*...y...algo he escuchado también que los homosexuales también, sí, no me acuerdo donde lo escuché, pero que eh...también son unas de las personas como que tienen SIDA... (CAROLINA, 15-24)*

En los relatos, algunas de las informantes aluden a causales de índole religiosas, cuando tratan de justificar el por qué las agrupaciones de homosexuales masculinas serían una de las poblaciones mayormente afectadas por el VIH. La transmisión del VIH, constituye entonces un “castigo”, por ser una práctica catalogada como “anormal”:

*...yo del SIDA he escuchado, eh...el Sida se previene [se produce por] por la homosexualidad, que hombre con hombre, y de repente hay hombres que tienen pareja normal como nosotros y de repente ellos se meten con hombres, entonces ahí, este, se produce el SIDA...porque no es normal, no es normal que dos hombres...tengan sexo, yo pienso que de repente a ellos lo identifica más porque el hecho que Dios dejó al hombre y la mujer para reproducirse, no tendría por qué ser dos hombres, porque bíblicamente dice, no dice hombre con hombre o mujer con mujer, dice una pareja o simplemente por forma de darle un escarmiento ese fue su lección, pero en esa lección ya pasaron a agarrar a toda la humanidad... (AURORA, 35 y más)*

Las personas con prácticas de riesgo, como la drogadicción con utilización de agujas también caracterizados/as como de mayor riesgo:

*...y los que se drogan también, porque igual ellos se inyectan y las jeringas pueden quedar restos de sangre y sus otros compañeros, pueden contagiarse si el que usó primero la jeringa tenía algo... (MARISOL, 15-24)*

#### **4.5.3 Poblaciones en riesgo, la mirada de las mujeres huilliches:**

En relación a lo anterior y con referencia a quiénes tienen más riesgo de contraer el SIDA, las respuestas primarias de las mujeres del estudio corresponden a las estigmatizaciones históricas del SIDA, como ya lo vimos anteriormente y en menor grado se refieren a personas con conductas sexuales de riesgo, señalando además que estas personas serían principalmente ajenas a su comunidad, caracterizándolos por tener conductas de mayor libertad en cuanto al sexo:

*...yo también creo que hay personas que no trabajan así como, digamos, que se le diga prostitutas pero también hay niñas que tienen relaciones con más niños, yo digo personas que no toman conciencia, personas que no están informadas....que no se cuidan... (CAROLINA, 15-24)*

*...a los que trabajan en los prostíbulos, gente de afuera... porque yo creo que la gente de acá es infiel, pero siempre con una persona.... pero la gente de afuera es... como que no le importa tanto eso, si es una vez, otra vez, como que le da lo mismo estar con una o tres personas a la vez... gente que no es de la comunidad... en general con esa gente de afuera que uno piensa pueden haber transmitido el SIDA... (VIVIANA, 15-24)*

*...yo pienso que la persona que le da el SIDA es la que no tiene una pareja estable o no conoce bien a su pareja... (HORTENCIA, 35 y más)*

MARCOVICI, (2002) y KRAUSKOPF, (1995), señalan a las mujeres jóvenes como un grupo más vulnerables al contagio por VIH, otorgándole un carácter decisivo a la adolescencia como una etapa durante la cual la información acerca del sexo y la sexualidad puede hacer la diferencia en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los/as individuos/as. Lo anterior porque, en comparación con otros grupos, los/as jóvenes tienen un número más alto de compañeros/as sexuales y son los/as que se sienten en menor riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA. Además se le suma a esto, otros comportamientos de riesgo como tener relaciones sexuales desprotegidas, a veces bajo la influencia del alcohol y otras sustancias.

Los párrafos anteriores muestran lo que señala la bibliografía y no está lejos de la propia percepción de las informantes. Así al preguntárseles quienes en su comunidad podrían estar en riesgo del VIH, todos los grupos perciben con un mayor riesgo de contraer el VIH a la juventud, tanto hombres como mujeres, de su comunidad.

Destaca que el grupo entre 15 y 24 años reconoce un mayor riesgo en su propio grupo etáreo, aludiendo como factores la inmadurez, el poco interés en cuidarse o la incredulidad de la cercanía del riesgo del SIDA cuando deciden iniciar actividad sexual:

*...Es que a veces a los jóvenes de mi edad, algunos no les interesa cuidarse, porque uno nunca casi piensa en las cosas que le pueden pasar, o a veces piensa –“No, eso no me va a pasar a mí”-, por eso no como que no toman conciencia de lo que les pueda pasar no dicen –“No, yo voy a usar el condón porque mi pareja puede tener el SIDA y no quiero contagiarme”-, o sea, nunca dicen eso, nunca por ejemplo mis amigos nunca se les ha pasado por la mente que sus pololas puedan tener alguna infección o el virus, es que yo encuentro que lo ven como algo lejano, que piensan, -“No, de a donde pa’ que tengan SIDA, no”-, porque ellos nunca piensan el SIDA, porque los ven por fuera no más... (CAROLINA, 15-24)*

Lo anterior asociado al consumo de drogas y alcohol, que ellas mismas señalan, está aumentando entre los/as adolescentes de la comunidad y que trae como consecuencia la pérdida del control de sus actos:

*...las mujeres, las niñas, a las niñas más adolescentes, ...de 15, de 14 años... porque a veces ellas no toman mucho, no cuentan de qué se pueden enfermar, porque se meten con trago o droga, porque ahora se está aumentando la droga acá en Chiloé, incluso acá en Quellón o acá mismo, acá lo vemos... (CAROLINA, 15-24)*

*...las más lolitas... porque de repente uno sale y ve como ellas se comportan, no tienen educación, no sé poh, andan insultando ahí a la gente o de repente le gusta tomar.....ya no están en sus cinco sentidos...(CAROLINA, 15-24)*

El grupo etéreo intermedio también identifica como grupo más vulnerable a los/as adolescentes de la comunidad y, entre ellos/as, principalmente a los varones, a los que se les atribuye como característica el tener numerosas parejas sexuales, como una factor influido por lo que la sociedad dice debe ser un hombre y que influye en su conducta sexual:

*...la juventud está más propensa a veces a eso... o sea, a los jóvenes, principalmente a los jóvenes, porque no toman el riesgo de cuidarse, esto, sexualmente...porque el mismo caso anterior, o sea, no se cuidan, hacen cosas que a veces no se dan cuenta y lo hacen no más, sin cuidarse, o hacen cosas que después, como de "Macho".... (ELVIRA, 25-34)*

*...es que el joven tiene como ese "bichito" que no sé poh...que anda matando por ejemplo los hombres por lo menos, lo andan matando, si se meten con una mujer y con otra son más hombres y hay mujeres que igual son así, no todas pero igual hay mujeres... (JIMENA, 25-34)*

*...como que cuando uno es más joven, cuando es más chico es más...por ejemplo si un hombre tiene más mujeres es más hombre, entonces se siente bien él conquistando a medio mundo, pero de repente no toma las precauciones que debiera tomar, y las mujeres también y ahora se ve que cuando más lolitas son más cuanto antes empiezan a pololear, a verse con niños, entonces, yo creo que están iniciando su vida sexual más temprano... (ELIZA, 25-34)*

En general, el riesgo se asocia también con un inicio de la actividad sexual cada vez más temprano e inestabilidad al momento de formar pareja.

*...también en el sector se ve mucho, las lolitas sobretodo, las niñas entre 16 y 18 años de repente son muy inestables en una relación, o sea, yo veo niñas que una semana andan con uno, después pasan dos semanas y ya andan con otro, entonces como que cada vez más, se va teniendo menos seriedad ante la relación, o sea, si el hombre cuantas más mujeres tenga es más hombre, como que la mujer también, de repente cuanto más cambie de pareja, no se poh, se siente mejor o es más mujer, no sé qué es lo que sienten, pero como que se va perdiendo esa seriedad frente a la pareja. (ELIZA, 25-34)*

El grupo de 35 y más años, señala como principales riesgos de la juventud factores tales como, inmadurez y la atracción por la gente que llega a la comunidad de la que no se sabe nada, pero que sin embargo despierta el interés de los/as más jóvenes de sus comunidades:

*...porque ellos como que no le toman mucho el peso, le da igual, a la juventud no lo asimila, que es una enfermedad mortal y que se pueden morir y ellos más o menos no le dan la importancia que tiene....porque por su falta de madurez está viviendo su vida, porque de repente ven alcohol, las fiestas...y estando ahí...pasar los dos no más...por eso te digo....viene gente de afuera, gente que no se conoce y...los chicos jóvenes, vienen chicas*

*bonitas, desconocidas y “Todos detrás” y cómo saben....de carácter será bonita, pero no lo ven...( AURORA, 35 y mas)*

Otro factor que se resalta el grupo de mujeres mayores en relación a un mayor riesgo contraer el VIH, es la poca información y comunicación en el núcleo familiar de los/as jóvenes:

*...Mira...a la juventud, la juventud, o sea, como te explico, la juventud que...eh...que se sale más, que va a otros lados que es menos comunicativa con sus padres, esa está más en riesgo que los que tienen más comunicación y que las mamás estamos más abiertas a conversar y a que nos digan sus cosas, a que hablemos con ellos... (AURORA, 35 y más)*

#### **4.5.4 Los Mitos:**

Los mitos alrededor de la infección por el VIH, a lo largo de la historia han sido numerosos, y en esta investigación esta situación mostró principalmente a los hospitales y baños públicos como lugares de riesgo, además de confusiones con respecto a los métodos de pesquisa y prevención.

Llama la atención, en los grupos entre 25-34 y 35 y más años, el hincapié en el riesgo de contagio en hospitales, sobretodo al someterse a situaciones de urgencia, donde los factores desencadenantes serían principalmente la reutilización de utensilios o el mal aseo de éstos:

*...cuando de repente uno va al hospital, ver un basurero, un depósito de desechos, eso me atemoriza, a mí...eso me da susto eh...porque a un hospital entran tantas personas y de repente no es lo primero que se pregunta, ni es el primer examen que se hace a la persona que ingresa, ver si tiene el SIDA o no, entonces de repente uno, claro entra por descuido puede ser o por estar apurado y como tenemos el contagio a través agujas, de sangre contaminada y si una tiene una herida también se puede contagiar, entonces de repente eso... (ELIZA, 25-34)*

*...puede ser a cualquier persona porque, si uno por ejemplo está enferma y va al hospital y le hacen un examen de sangre qué se yo y si, si las cuestiones esas están contagiadas con eso, que de repente han pasado cosas que en algunos hospitales ha pasado eso...las jeringas mismas estaban contagiadas...( IRMA, 35 y mas)*

Las transfusiones sanguíneas, también fueron mencionadas dentro de los procedimientos de riesgo:

*...yo creo que las personas que se hacen transfusiones de sangre...bueno es que...en los hospitales siempre hacen exámenes, pero de repente también, transfusiones si llega una persona de emergencia y nadie le va a preguntar la opinión si tiene SIDA o no... si tienen que hacer una transfusión o algo de urgencia también se puede correr el riesgo que si esa persona tiene SIDA se puedan contagiar poh... si no se toman las debidas precauciones... (ELIZA, 25-34)*



*...sí poh, pero es una cosa que de repente puede pasar a cualquiera porque el SIDA no le da ahora solamente dicen de repente no hay SIDA solamente por transmisión sexual, porque de repente hasta con una aguja o por este, la sangre, por hacerse una transfusión de sangre o tuvieron que colocarse sangre, de repente te colocan sangre que está equivocada o una aguja no desinfectada y listo ahí está... (AURORA, 35 y más)*

Se mencionan, además, los baños públicos, un mito prevalente en la historia de la infección por VIH:

*...Claro, en ese caso eh...yo te digo por ejemplo, en los baños públicos, puede haber una gota de sangre infectada, secreciones, entonces, y a veces uno por descuido porque...se contagiarse, estar expuesta, entonces yo veo como eso, de repente andan tantas personas, o sea, tampoco es que uno ande mirando el del lado, pero siempre existe ese temor, que uno lleva por dentro... (ELIZA, 25-34)*

Quizás el mito más curioso fue señalado por el grupo etéreo mayor, el que señala al examen de hemoglucotest, utilizado en el control de crónicos para medir la glicemia, como mecanismo mediante el cual también se detectaría el SIDA y, por lo tanto, éste sería un medio de control, para las mujeres de ese rango de edad:

*...Pero nosotros siempre nos estamos controlando.....con el dedo, examen del dedo, así que estamos libres [del SIDA]...de ahí igual se sabe... (DOMINGA, 35 y más)*

En este capítulo nos enfrentamos a la desinformación que poseen las mujeres del estudio, tanto en los mecanismos de contagio del VIH, como en los métodos de pesquisa. Se observa además que son las mujeres de los grupos intermedio y mayor las que presentan mayor número de mitos, aunque más adelante veremos que el grupo etéreo menor presenta uno, quizás más grave, que tiene relación con los métodos de prevención de ITS y VIH, el que será mencionado cuando se haga referencia al uso del preservativo.

Es importante destacar la desconfianza que representan los establecimientos prestadores de salud, principalmente los hospitales, señalados como lugares de riesgo y la confusión con respecto a los métodos de pesquisa del virus en el grupo de mayor edad, con respecto al hemoglucotest, lo que representa una “tranquilidad” equivocada, en cuanto éste proporcionaría, además de la medición de glicemia, un control periódico del VIH.

#### **4.5.5 Utilización del preservativo: lucha generacional y rodeada de mitos:**

El método preventivo más utilizado y accesible frente al contagio del VIH, es en todo el mundo, el preservativo femenino y masculino (MARCOVICI, 2002). En nuestro país se utiliza el preservativo masculino, realizándose masivas campañas para la promoción del aumento en su uso correcto para prevenir el contagio de ITS y VIH-SIDA, sin embargo, en la decisión de utilizarlo o no, interfieren diferentes factores que tienen que ver con las diferencias de género y las características particulares de cada comunidad y persona. Es así como en los datos recopilados encontramos que frente a la pregunta **¿Cómo se protegerían del SIDA?**, el grupo de 15-24 años menciona como principal método preventivo el uso del preservativo:

*...también sé que se puede prevenir con, con el condón y... yo creo que una forma de tratar de prevenir el SIDA es hacerse el examen, porque a veces hay algunas personas que lo tienen y no lo saben...porque yo creo que si supiera que tengo SIDA... no me gustaría pegarle a mi pareja o a personas...( CAROLINA, 15-24)*

El uso del preservativo es asociado a la prevención de los varones mientras que las mujeres deben protegerse del SIDA mediante métodos, como píldoras e inyectables, que en realidad son métodos anticonceptivos, lo que deja en evidencia una confusión entre los métodos de control de fecundidad y los que son efectivos en la prevención de ITS y SIDA. A se refería la mención del capítulo anterior, ya que este supuesto representa un mito entre las mujeres de este grupo etáreo. Asimismo, se señala la importancia de una pareja estable y la comunicación familiar para disminuir el riesgo:

*...no sé poh...usando preservativos, eh...condón, pastillas, ahora se pueden inyectar igual las mujeres... (MARISOL, 15-24)*

*...el condón para los hombres, para las mujeres las pastillas, hay que cuidarse... está en uno no más, uno no más tiene que cuidarse, siempre nos aconsejan, que somos jóvenes, que tenemos que cuidarnos, hacernos respetar... si andas con un niño, con uno solo, no sé...cuidarse con pastillas las mujeres...( JHOANA, 15-24)*

Otros factores protectores mencionados son la pareja única y la comunicación entre padres, madres e hijos/as:

*... yo me cuidaría haciéndome el examen y también cuidarme como “Srta”, porque hay muchas niñas que tienen relaciones con un niño y con otro niño, no sé por qué, yo me cuidaría siendo Srta. y a través de los preservativos y haciéndome el examen...o sea, comportarse, tener una pareja estable, no relacionarme, tener relaciones con otra persona...( CAROLINA, 15-24)*

*... yo creo que una forma de protegerse es la comunicación, porque tal vez a alguna de nosotras nos hablan del SIDA pero en otras partes no, o sea, su mamá, sus mayores suyos no los aconsejan, no le dicen –“Tú tienes que comportarte así”-, o le hablan, no le hablan, o sea yo creo que una parte esencial es la comunicación que puede haber entre los padres e hijos...( CAROLINA, 15-24)*

El grupo etáreo intermedio señala principalmente como método preventivo la unión estable y luego el preservativo:

*... bueno...para mí, por ejemplo el riesgo del SIDA, esto...eso es algo que tenemos que cuidarnos, teniendo pareja única, o sea eso para mí...porque creo que con eso eh esto... pero igual usar el preservativo, igual ayuda ...yo pienso que siendo fiel a mi pareja y como ya sé que es una enfermedad...contagiosa por la vía sexual y...si no me cuido y no soy fiel...me puedo contagiar porque yo no sé si la persona tiene o no SIDA... (BARBARA, 25-34)*

*...yo igual sobre SIDA, yo pienso que igual cuidándose...usando preservativo, eh...igual como dice, o sea, ojalá todos tuvieran una sola pareja. (ELVIRA, 25-34)*

Respecto del uso de preservativo, el grupo 35 y más indica que para las parejas mayores su uso es novedoso y que sería una “lucha” su utilización, incluso muchas personas no lo conocen:

*...sería una lucha bien...porque la gente en el campo es bien, ven eso como algo que no es normal, ninguna pareja antiguamente, nadie usaba esas cosas, entonces es algo moderno que nos llegó aquí a nosotros porque antes ver un condón antes era pa’ la risa acá pa’ la gente en el campo, como novedoso... (AURORA, 35 y más)*

*...no lo conozco el condón yo... (ELSA, 35 y más)*

FLACSO-Chile, (2005) señala que el modelo de “ser mujer” y de “ser hombre” en el ejercicio de la sexualidad también influye frente a la utilización del preservativo dificultando la incorporación de prácticas preventivas, ya que se hace culturalmente vigente la inhabilidad de las mujeres en la negociación de la utilización del condón por parte de los hombres. Esto tiene que ver principalmente con que la insistencia en el uso del preservativo puede interpretarse como un reto a la integridad y el poder masculino, sugiriendo que la mujer no le tiene confianza ni ama al hombre (MARCOVICI, K. 2002).

En relación al párrafo anterior, las informantes del grupo intermedio señalan la no utilización del preservativo como consecuencia de conductas “machistas”, expresando que los varones consideran su uso como pérdida de hombría, por lo tanto, está en sus manos la decisión de usarlo o no, y por ende la mujer no les puede exigir la utilización de éste:

*...El primero no, no dijo nada pero el segundo sí, porque él me decía que –“¿Cómo los hombres iban a usar preservativo?”-, que era la mujer la que, o sea que él se sentía que como uno le pedía que use preservativo, si él quería lo usaba pero yo no se lo podía pedir y yo le decía que si no, no no más poh... No se, yo pienso que por...los hombres así por, porque según ellos los que lo usan no es hombre poh, porque yo con mis hermanos eso veo, o sea, yo mi hermano me dice –“yo pa’ que esté usando eso”- y yo le digo que por qué si eso es un bien para los dos, para las dos personas, para ti y para tu pareja y me dice que “eso no es de hombres”, es como machista, como una razón pa’ no usarlo...( ELVIRA, 25-34)*

En el grupo de 15-24 años, la razón por la cual no se usa el preservativo en el acto sexual de las mujeres de este grupo, lo que tiene que ver con las características otorgadas a la juventud, en relación a conductas sexuales despreocupadas, sin medir la consecuencia de sus actos. Así con respecto a la pregunta **¿Por qué no se utiliza preservativo en la población de su edad?**, señalan que este método se conoce pero que si no se hace uso de él, es porque no se piensa en las consecuencias que puede traer un acto sexual desprotegido, porque se “Hace sin pensar”:

*...A ver...algunos, algunas de mis amigas se cuidan y otras no, no sé, yo siempre les aconsejo que se cuiden, pero no sé...como que, no...no sé por qué no se cuidarán, porque no piensan,*

*no tienen conciencia de lo que les pueda pasar... O sea, que cuando llega el momento no...como que no se preocupan en lo que pueda pasar, por que siempre hacen las cosas sin pensar y hasta después empiezan las lamentaciones si les pasa algo... (CAROLINA, 15-24)*

En la misma línea de la prevención, se indagó en los motivos que estas mujeres tenían y tienen para protegerse mediante la utilización del preservativo durante su actividad sexual. Según un estudio nacional de comportamiento sexual (1998), mencionado por MINSAL Y CONASIDA, c. (2005), el mayor porcentaje de respuestas se lo llevó la prevención del embarazo con un 85% para las mujeres y un 58% en el caso de los hombres, y para evitar ITS y VIH, un 2,6% las mujeres y un 17% los hombres. Es así como en concordancia al punto anterior, para las mujeres del estudio la preocupación por evitar el embarazo sobresale en comparación a la prevención del contagio de alguna infección transmitida sexualmente, lo que condice con la percepción de lejanía de estas patologías y del VIH:

*...No pensé, si sabía pero nunca pensé en las enfermedades..... lo más era quedar embarazada...cuando tuve mi primera relación sexual fue prevención del embarazo, pero no tomé ninguna medida y ya cuando uno empieza a escuchar cositas por ahí, eh....como que uno no le tiene mucha confianza a su pareja, porque no sabe con quien pudo haber estado no sé poh, a lo mejor yo le tenía confianza a esa persona pero no sé como pudo haber sido... (VIVIANA, 15-24)*

*...Yo soy súper miedosa, digamos, o sea, yo te digo antes de iniciarme sexualmente me pasaban una y mil cosas por la cabeza, lo primero el temor al embarazo y de ahí todo lo demás de las enfermedades que uno escucha hablar eh...del SIDA no tanto porque la persona que yo en ese tiempo tenía, lo conocía, entonces como te decía, el SIDA como que era de afuera, en ese tiempo no se veía como que estaba en la Isla o en el sector...(ELIZA, 25-34)*

*...Yo sentía miedo a eso poh...a quedar embarazada, porque no me cuidaba con nada, igual yo ya hacía tiempo que tenía relaciones con esa pareja...y quedé esperando mi primer hijo... (IRMA, 35 y más)*

Aquí vemos la respuesta de una informante, que no ha iniciado actividad sexual, frente a la pregunta **¿Qué temores tienes frente a la primera relación sexual?**

*...M... ¿Qué miedos?, de quedar embarazada, sí o también como te dijera, porque uno de repente tiene pareja pero no sabe si puede tener enfermedades o también el SIDA...me cuidaría, sí yo creo que con pastillas yo creo...o sea, yo creo tendrá que verse un médico, porque siempre las niñas, empiezan antes de tener relaciones a conversar con personas que son especializadas, que te dicen como cuidarte, como no quedar embarazada, te explican todas esas cosas...eso haría antes de tener relaciones sexuales... (CAROLINA, 15-24)*

#### **4.5.6 SIDA: Mal de otros:**

Los pueblos originarios, como se señaló en el marco teórico, se encuentran en riesgo al creer que el mal afecta a quienes no son de su comunidad. El SIDA no aparece como un tema

relevante, sino que es visto más bien como un “mal” de los “otros”. Es decir, del resto de la población chilena (ARAYA, E. 2005).

En este sentido, con referencia a cómo la comunidad percibe el riesgo del VIH-SIDA, desde la propia perspectiva de las informantes, se menciona en el grupo etéreo menor que para ellas el riesgo del SIDA está cercano:

*...Yo lo veo cercano, que uno nunca sabe lo que le pueda pasar, yo creo que está en riesgo de todos, porque no es algo que yo diga –“A mí nunca me va a pasar”- ¿Me entendís o no?, yo creo que es algo súper cercano que a cualquiera le puede pasar... (CAROLINA, 15-24)*

Pero perciben a la gente mayor como ajena al problema,

*...yo creo que las personas más adultas, los más viejitos lo ven lejano... (MARISOL, 15-24)*

Además lo relacionan principalmente con la gente que está ingresando a la Isla de Chiloé:

*...porque uno piensa que las personas de afuera no más tienen SIDA, porque tienen mentalidad más abierta ellos, por no sé...ellos no son como de, como de una sola pareja, siempre...pasan los engaños, que no sé, como te lo explico...que una persona cuando está con otra nunca te lo va a decir, en cambio una persona de campo es como más... (VIVIANA, 15-24)*

*...yo no lo veo muy lejano porque como la gente viene, está invadiendo más aquí Chiloé y no siempre voy a pensar en mí, o sea, yo me puedo cuidar pero mi pareja no sé, o igual los hijos, que puedo tener un hijo, ya tengo un hijo, y puedo tener una hija y no sé cómo van a ser ellos, no sé con el tipo de personas que se puede relacionar porque uno muchas veces, te pueden dar consejos o le puedo dar consejo a ellos pero no sé si los van a tomar o no...porque hay muchas personas falsas...( VIVIANA, 15-24)*

En los grupos de 15-24 y 25-34 años, lo anterior se clarifica y ratifica, ya que estos grupos señalan que el riesgo se ve lejano,

*...Pienso que lo ven como algo lejano, como algo que no les interesa, no le importa o como algo que nunca les va a suceder... (AURORA, 35 y más)*

*...La gente de la comunidad...acá en el sector yo lo veo que lo ven, que no lo ven de cerca, o sea, si tú le hablas del SIDA, dicen –“No, no estoy ni ahí con el SIDA porque nunca me va a pasar o nunca voy a tener SIDA”-, como que lo miran que es una cosa lejana, como que cada persona, de varias personas lo he escuchado lo mismo cuando escuchan algo del SIDA o ven algo del SIDA en propagandas, no sabría explicarte por qué pero lo he escuchado, como que lo miran más lejano...Yo pienso que acá la mayoría de las chicas no piensa en el riesgo del SIDA, porque poco saben de la prevención, o sea, poco se conoce sobre el SIDA y por eso yo creo que la gente lo mira tan lejos, se conoce poco que hayan casos, de cómo se previene, en qué consiste la enfermedad del SIDA... (ELVIRA, 25-34)*

Y que mientras no sepan que hay alguna persona viviendo con VIH en su comunidad no existe el riesgo para ellos/as,

*...lejano...de aquí, porque no se ha visto a ningún enfermo de SIDA poh... (ELVIRA, 35 y más)*

Se asocia también con la gente que viene de afuera y de las ciudades:

*...no lo tomaba tan a fondo, no le tomaba la importancia que tenía el SIDA porque a nosotros nunca nos va a llegar, a nosotros acá en el campo, eso es para la gente de ciudad...pero va a demorar mucho tiempo más ahora, con la llegada de la gente de afuera, por ejemplo con ese puente, la gente de otros lados que vive su vida, eh..."desfachatada", dijera, aquí le vana venir a abrir los ojos a la juventud a todos los chicos o siempre van a estar ahí con su...entonces hay que tratar de hacer algo... (AURORA, 35 y más)*

*...uno lo ve lejano, en el sector parece que no hubiera eso...que solamente por ahí por Castro, por las ciudades yo creo, pero en el campo no... (MARIELA, 25-34)*

*... Yo sí, bien sincera, le digo que sí, lejano, o sea, tanto no me preocupa que...que la palabra SIDA uno no sé no le da importancia...y lo ve como lejano, yo lo veía como lejano y ahora yo creo que no, porque esta súper cerca y Quellón y Castro no están tan lejos y a lo mejor aquí mismo pueden haber personas que están....Las personas, acá en este sector lo ven lejano, yo creo que por la falta de información y también de orientación...(IRMA, 35 y mas)*

De la mano con la identificación del VIH con gente ajena a sus comunidades se observa que frente a la pregunta si saben si existen en la Isla infectados/as por el VIH todos los grupos coinciden en que nunca han sabido que exista una persona viviendo con VIH en su comunidad, relatan sin embargo que mediante los medios de comunicación han escuchado que en las ciudades de Chiloé si los/as habría:

*...En Chiloé yo sé que sí hay, según los estudios, lo que dicen en la radio, lo que uno escucha, pero qué cantidad, no lo sé, pero sí hay gente infectada...esa gente es de la Isla pero aquí en el sector yo no tengo conocimiento de alguien que tenga el problema... (IRMA, 25-34)*

Y según esto se vuelve al punto que señala a la gente ajena a sus comunidades como portadoras/es del VIH:

*...yo lo sé, que hay gente en Castro lo he escuchado... sí, en Castro...como que cada vez están invadiendo más Chiloé... (VIVIANA, 15-24)*

*...no... yo tampoco he conocido pero creo que sí, porque llega gente de afuera que puede tener el virus... (JOHANA, 15-24)*

*...Sí...es que uno escucha radio, la televisión....y ahí se hablan esos temas, y además que en Castro, Quellón y Ancud así ya no es toda la gente de acá poh, hay un montón de gente que no es de acá en la Isla... (DANIELA, 15-24)*

Así se menciona en forma unánime por los tres grupos de informantes, a las ciudades como principales lugares de riesgo en la Isla de Chiloé, señalando factores existentes en ellas, como la existencia de mayor número de personas ajenas a la Isla de Chiloé nuevamente:

*...en las ciudades, Castro, Quellón...ahí donde llegan más personas y se encuentran con más cantidad de gente y llegan más de otros lados y no se puede saber si uno de ellos puede tener el virus, corre el riesgo de....enfermarse... (MARISOL, 15-24)*

*...eso es para la gente de ciudad que se da una vida de libertinaje, que se va metiendo con uno y con otro, por decir en la ciudad donde se vive tantas fiestas, discoteca, toman, fuman se emborrachan, se drogan, entonces simplemente ahí no les importa si andan con uno y con otro, hombres con hombres de repente, mujeres y una vida de libertinaje, entonces yo decía es para ellos, para ellos... (AURORA, 35 y más)*

La presencia de discotecas y casas de prostitución que existirían en las urbes, asociado al consumo de drogas y alcohol en ellas, refuerza la idea de lugares de riesgo de contagio del VIH:

*...Eh...para los hombres, eh...no sé, donde trabajan, de repente las pesqueras, donde llegan las personas de afuera o por las Discos, a los que salen mucho, en general los fines de semana puede ocurrir esas cosas...( VIVIANA, 15-24)*

*...además que ahí siempre se encuentran las casas de prostitutas también... A ver, como que se llama el otro día, en la ciudad, por la mayor población que hay de gente y también las casas de prostitutas porque siempre la gente del campo se va a esos lugares en la ciudad, hombres...no sé yo a todas las personas que conozco que van a esas casa son personas solas que no tienen pareja, personas jóvenes... (CAROLINA, 15-24)*

*...la juventud por lo general, sale más, hace las cosas libremente, sin pensarlo...porque acá yo pienso que, igual no hay formas como por ejemplo los fines de semana salen, se van a la disco.....claro, con la droga, no saben con quien se juntan o lo que hacen... (ELVIRA, 25-34)*

Como resultado de este capítulo se obtuvo que la comunidad percibe el riesgo del VIH-SIDA, más cerca o más lejos dependiendo de la edad. Así destacan las mujeres del grupo etáreo menor, que señalan más cercano este riesgo, sin embargo perciben a la gente mayor como ajena al problema. Esta lejanía se relaciona con la asociación del virus a la gente que está ingresando a la Isla de Chiloé, o que vive en las ciudades y al desconocimiento de que algún/a componente de su comunidad sea portador/a o viva con el VIH, por lo cual no existiría el riesgo para ellos/as. Los medios de comunicación han permitido que manejen información sobre la existencia de personas viviendo con el VIH en las ciudades de Chiloé y por esto identifican y refuerzan su idea de las urbes como lugares de riesgo, aludiendo nuevamente a

la “invasión” de “gente de fuera”, la presencia de discotecas y casas de prostitución, donde existe mayor consumo de alcohol y drogas, “diversiones” que no existen en su comunidad.

#### **4.5.7 Pertenencia al pueblo huilliche y contagio del VIH:**

Todos los grupos coinciden en que el pertenecer al pueblo huilliche no les protege de ser contagiados por el VIH, esto en coherencia con lo señalado en los primeros capítulos referidos a la salud y enfermedad en general:

*...No, o sea, yo creo que todos corremos el mismo riesgo, es que yo no creo en eso que los huilliches y las otras personas sean diferentes, todos son seres humanos y corren los mismos riesgos... No, yo no me siento común, igual que todos no más, o sea, no me siento diferente a los demás, nada distinto...yo sé que hay gente que habla de la sangre y todo eso, pero yo pienso que somos todos iguales y que corremos los mismos riesgos de enfermedades y todo eso, yo creo esos es como cosas que se le da no más a la gente, pero no creo... (CAROLINA, 15-24)*

*...No...me parece como no, no sé, porque siendo huilliche yo sí me puede dar SIDA, porque no la sangre, el que tenga sangre huilliche igual está propensa a contagiarse de cualquier enfermedad (ELVIRA, 25-34)*

Sin embargo, han escuchado que la sangre huilliche por ambas líneas parentales sí les otorga cierta fuerza contra las enfermedades comunes pero no frente al SIDA, aspecto que no había sido señalado con anterioridad:

*...Contra las enfermedades, de repente dicen que la gente por ser indígenas, mezcla de sangre de españoles con huilliches son más débiles, pero que digamos, el huilliche con sangre puramente huilliche son más firmes a las enfermedades...pero yo creo que en otras enfermedades puede ser, en enfermedades comunes, pero yo mi punto de vista sobre el VIH yo creo que...es que toda persona está expuesta, sea huilliche o no, está expuesta a ser, a contagiarse. (ELIZA, 25-34)*

*...hay gente que lo dice sí... Sí, lo he escuchado, pero no yo no creo en eso, no creo que la sangre huilliche sea más fuerte o que un huilliche no se enferme de algo por ser huilliche, por el hecho de ser huilliche... (ELVIRA, 25-34)*

No obstante lo anterior, reconocen factores protectores en la forma de vida que llevan, tales como relacionarse con la misma gente de su comunidad, la que conocen de niños/as, en el caso de elegir pareja por ejemplo:

*...¿Qué nos protege?, yo creo que de repente, el hecho de ser el sector de...digamos, que...hay casos que uno conoce a las personas desde que andábamos a la escuela, desde que éramos niños, entonces uno conoce a las otras personas...y como te decía, el hecho de que uno viva en el campo como que persiste eso que uno es más conocido... y como “pueblo chico infierno grande” todo se sabe, entonces como que uno si va a andar con alguien acá ya sabe*



*uno quien es y tiene más confianza, y si es de fuera ahí uno entra a desconfiar más, entonces también hace que estemos más prevenidos... (ELIZA, 25-34)*

*...que siempre con las personas que se van a relacionar va a ser gente de acá...mientras se queden, pero cuando ya salen, de acá a la comunidad, porque ya saliendo a los alrededores, Quellón, Castro que se está invadiendo de gente de afuera...ha llegado harta gente con malos hábitos, malas costumbres...( VIVIANA, 15-24)*

El hecho de vivir en el campo y no tener mayor contacto y tener desconfianza de la gente ajena a su comunidad, también es visto como protector.

*...general yo creo que en el sector por ser un sector de campo uno como que tiende más a mirar, a mirar con desconfianza a la persona, si es una persona de afuera por ejemplo no...nunca llega de buenas a primeras, digamos, nos vamos a juntar ya listo y...a tener relaciones sexuales o algo así poh, entonces, somos más desconfiados, conocerse un poquito más, entonces eso nos hace que estemos más protegidos. (ELIZA, 25-34)*

*...yo creo que las personas de este lugar están más protegidas, yo pienso que sí, que las personas que viven en el pueblo, porque en el pueblo yo creo que hay más... ¿Cómo se llama?, este....más libertad, los hombres...aquí los hombres se dedican a sus trabajos no más... (IRMA, 35 y más)*

*...yo creo que cada uno se protege solo...algunos yo creo que sí porque se relacionan con gente de acá pero no todos, no todas las personas son iguales...y acá en el mismo sector ya está llegando gente que no es de acá...gente que le gusta el alcohol, las drogas son violentos, violadores, algunos que le gusta lo ajeno... (DANIELA, 15-24)*

En este capítulo queda en evidencia un mecanismo preventivo o protector muy utilizado en grupos humanos cerrados, referido a relacionarse con la misma gente de su comunidad, además el hecho de vivir en una zona rural, es idealizado como un factor que disminuiría el contacto con personas ajenas a su comunidad, identificadas como peligrosas, sin embargo esto se contrapone la evolución que se mostró en los capítulos anteriores con respecto a su conducta sexual.

## 5. CONCLUSIONES

La percepción del riesgo del VIH-SIDA en las mujeres huilliches de Chiloé se ve permeada por múltiples factores que tienen que ver, tanto con la pertenencia al pueblo huilliche, como al vivir en un área rural y además pertenecer a la isla de Chiloé. Es así como de la información obtenida, se pueden establecer los factores que determinan finalmente su forma de ver esta infección:

- Los conceptos sobre salud y enfermedad son una mezcla entre lo que se ha transmitido por generaciones en su comunidad y lo que se ha integrado desde la medicina tradicional/occidental, lo que hace patente la visión de múltiples factores que causan alteraciones en la salud de los individuos, con patologías que pertenecen solo para su pueblo, como otras que afectan a los que no lo son. Existiendo una fuerte adherencia a la medicina natural, principalmente en las mayores de 25 años, las que muestran desconfianza y distancia de la medicina tradicional/occidental.
- La problemática del VIH se ve lejana, desde las comunidades huilliches en Chiloé. Las urbes representan peligro por cuanto existiría una verdadera “Invasión” de personas ajenas a la Isla, los/las que serían potenciales portadores/as de enfermedades y entre ellas el VIH-SIDA.
- La información en salud, está siendo recibida principalmente desde la televisión, que de más está decir, no es un medio personalizado ni adaptado a los diferentes grupos a los que llega. Esto en el contexto que la sexualidad es un tema muy censurado en el núcleo familiar y que los/as prestadores/as de salud más cercanos están intermitentemente llegando a las comunidades rurales, a través de las llamadas “rondas médicas”, sin destinar tiempo a la promoción en salud, lo que genera un círculo vicioso en donde, a pesar de que se evidencia en los hallazgos un cambio generacional en la información entregada en los hogares, esta información podría estar cargada de mitos y conceptos errados acerca de este tema.
- En este contexto, y de acuerdo a la literatura, los y las jóvenes son considerados/as un grupo vulnerable al contagio del VIH dentro de la misma comunidad, con factores que moldean su vida, tales como la migración a las urbes, ya no solo para trabajar, sino también para estudiar, lo que las saca de su estilo de vida habitual. La iniciación sexual temprana y la inestabilidad de pareja no es una realidad distante para las jóvenes de las comunidades huilliches, asegurándose un cambio en la conducta sexual de hombres y mujeres, hacia la multiplicidad de parejas sexuales.
- La información sesgada en salud puede inferirse, en la existencia de mitos que pueden atentar gravemente en la salud de este pueblo, tales como, la estigmatización permanente

del VIH con personas ajenas a sus comunidades y a grupos tanto de homosexuales como del comercio sexual, desligando la posibilidad de que exista entre su grupo étnico alguna persona viviendo con VIH. El grupo más vulnerable, los/as jóvenes, tienen conceptos con características duales de riesgo y contagio, lo que dificulta la asimilación de información, pues tienen su propia forma de ver las cosas, lo que hace necesario particularizar muy bien la información que les será entregada. Además tienen conceptos de prevención del VIH e ITS confusas, al asegurar que métodos de regulación de fecundidad les servirían para protegerse.

- Lo anterior se ve reforzado por la existencia de otros mitos entre la gente de mayor edad, tal como la utilización de exámenes como el hemoglucotest en la pesquisa del VIH, la desconfianza de las instituciones de salud, como lugar de potencial contagio, la permanente visión de que el mayor peligro en la actividad sexual desprotegida es el embarazo y que las ITS no son patologías integradas en sus conceptos de enfermedad.

En base a la descripción de los antecedentes anteriores, que permiten hacerse una idea de la situación de salud del pueblo huilliche de Chiloé y de su visión del VIH, queda establecido el reto que representa la incorporación de los factores socioculturales en la resolución de los problemas de salud, que se acostumbra a ver tradicionalmente desde la mirada de los/as prestadores/as de salud y no de los distintos grupos humanos que componen nuestro espectro de responsabilidad.

Sin duda, el propósito de esta investigación era definir la percepción de estas mujeres sobre el VIH, pero es evidente que en el potencial riesgo de los pueblos originarios, se entrelazan diferentes aspectos que los/as prestadores/as de salud debemos tomar en cuenta como retos importantes, tales como, ruralidad y acceso a información efectiva en salud, así como el componente étnico de las poblaciones rurales y su integración a las políticas de salud que se desarrollan actualmente.

Por una parte, la temática rural presenta un desafío importante al cuestionarse si los conceptos de “*promoción y prevención*”, estandartes de la reforma de salud y del nuevo enfoque de intervención, están siendo cumplidos eficientemente en este sector de nuestro país, ya que las actividades destinadas al logro de estos objetivos no están siendo prioridad en las áreas rurales, generando inequidad en la entrega de herramientas que las personas podrían utilizar para el autocuidado de su salud.

En este sentido, una explicación a lo anterior podría ser la existencia de ciertos supuestos que se establecen en torno a las áreas rurales, tales como, el constituir una población lejana al riesgo del VIH, restando recurso humano en la programación de campañas acerca de estos temas en estos sectores. Es así como, existen factores internos de las comunidades que no se conocen hasta realizar este tipo de investigación, tal como la existencia de una contradicción en el discurso de las informantes, por cuanto el factor protector de relacionarse con la misma gente de su comunidad se contrapone a una evolución de la conducta sexual, y que a pesar de existir información, ésta no está siendo asimilada y no ha logrado acercar ni hacer patente el real riesgo del VIH en estas mujeres y sus comunidades. En esta materia entonces, queda la

tarea de hacer eficiente este enfoque promocional-preventivo, en primer lugar sobre la base del conocimiento del sentir de los/as usuarios/as del sistema, y destinando más recurso humano y financiero a las poblaciones que se “*presumen de bajo riesgo*”, para que no se conviertan futuro en potenciales víctimas.

Como se mencionó anteriormente, la integración cultural de los pueblos originarios en temas de salud, representa otro desafío. En este sentido las leyes orientadas al reconocimiento de la cultura de estos pueblos (Ley N° 19.253 sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los Indígenas, promulgada en 1993), ha constituido un avance en aspectos relacionados con la recuperación y respeto de la identidad de los pueblos originarios y el reconocimiento territorial y cultural de éstos, sin embargo, en materia de salud se debe avanzar más, ya que este aspecto se encuentra delimitado a la incorporación de la medicina natural propia de cada etnia, en las actividades de las instituciones de salud, pero que no toma en cuenta sus particularidades como etnias, al momento de hacer pertinentes los programas de salud que se pretenden llevar a cabo para la generalidad de la población nacional.

De esta forma, se debe hacer más amplia la idea de integración intercultural, generando sistemas de retroalimentación en salud, esto quiere decir, una comunicación bidireccional, en la que se incorpore y respete la medicina perteneciente a las cosmovisiones de los distintos grupos étnicos, como se ha estado haciendo hasta ahora, pero que además se incorpore otra línea, referente a la iniciativa de interiorizarse en la mirada que estos grupos dan a las problemáticas observadas por los/as prestadores/as de salud y para las que se generan estrategias de intervención a nivel gubernamental, y en el caso de la problemática que toca este estudio, la potencial vulnerabilidad de estos grupos al VIH.

La intervención en la temática del VIH, además supone un trabajo interdisciplinario entre los sectores salud y educación, que permitan la llegada de información efectiva referente a la prevención del contagio de VIH, desde temprana edad, antes de que los/as niños/as de nuestro país se expongan a situaciones de riesgo. Lo anterior, con mensajes adaptados a las necesidades locales y tomando en cuenta las diferencias culturales. Esto cobra una importancia primordial en las áreas rurales, en donde las instituciones educacionales podrían jugar un papel clave en la disminución del riesgo del contagio del VIH.

Como se mencionó en la introducción, este estudio pretende ser un instrumento que aporte información relevante para el avance del trabajo intercultural que propicia el Ministerio de Salud, y conformar parte de los cimientos hacia una consolidación del respeto de los derechos humanos y la diversidad étnica de nuestro país, cuyos hallazgos muestran aspectos sobre la salud sexual de las mujeres indígenas, específicamente del pueblo huilliche de Chiloé y de su percepción de la medicina tradicional/occidental, dando luces sobre el comportamiento de los pueblos originarios ante el riesgo del VIH-SIDA y de la particularidades a tener presente en el trabajo promocional con ellos/as.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. AGUIRRE, A. 1995. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Editorial Boixareu Universitaria Marcombo. Pp: 103, 172-173, 174.
2. AYLWIN, J. 2004. Jornadas sobre multiculturalidad y derechos indígenas en América. Los mapuches o esa parte de la realidad que no queremos ver. (Disponible en: [www.derechosindigenas.cl](http://www.derechosindigenas.cl). Consultado el 27/12/04)
3. BUELA, G; BERMÚDEZ, MP; SÁNCHEZ, A; DE LOS SANTOS, M. 2001. Situación del VIH-SIDA en Latinoamérica a final del siglo XX, análisis de diferencias entre países. Revista Médica de Chile. Vol 129(8)  
(Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000800015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000800015&script=sci_arttext&tlng=es). Consultado: 08/09/04)
4. CARBONELL, B. 2001. Construcciones sociales sobre Salud/Enfermedad entre los Inuits (Canadá) y los Mapuches (Patagonia Argentina-Chilena), estudio comparativo. Simposio de antropología médica. Cuarto congreso chileno de antropología. Universidad de Chile. (Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s12.html>. Consultado: 15/09/04)
5. CARBONELL; B. S/F. Centro de documentación indígena .Instituto de estudios indígenas. Universidad de la Frontera, Temuco.
  - a) Chamanismo mapuche, medicina y poder, formas de vínculo social.
  - b) El otro, en la cultura mapuche
 (Disponibles en <http://www.estudiosindigenas.cl>. Consultado: 24/08/04)
6. CENTRO DE DOCUMENTACIÓN INDÍGENA. Taller de salud y plantas. Actas interculturales entre cosmovisiones científicas y mapuches. Instituto de estudios indígenas. Universidad de las Frontera, Temuco. (Disponible en <http://www.estudiosindigenas.cl>. Consultado: 29/11/04)
7. COÑUECAR, A. 2000. Intersección mujer mapuche/género: aproximaciones desde la mirada mapuche. Centro de documentación indígena .Instituto de estudios indígenas. Universidad de la Frontera, Temuco. (Disponible en: <http://mapuche.info.scorpionshops.com/mapuint/conuecar001100.html>. Consultado: 29/11/04)
8. DELGADO,J; GUTIERREZ, J. 1999. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis Psicológica. Pp: 225

9. DIAZ, A; PEREZ, M; GONZALEZ, C; SIMON, J. 2004. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería*. Vol 10(1): 9-16. (Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art02.pdf>. Consultado: 24/08/04)
10. EDUCAR CHILE. Situación del SIDA en Chile y el mundo. (Disponible en: <http://www.educarchile.cl/ntg/familia/1559/article-77699.html>. Consultado: 18/11/04)
11. FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, (FLACSO-Chile), 2005. “Estudio de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en Mujeres”. Área de Estudios de Género. (Disponible en: [http://www.flacso.cl/flacso/main.php?page=genero\\_proyecto](http://www.flacso.cl/flacso/main.php?page=genero_proyecto). Consultado: 12/01/06)
12. GARCIA, M; IBÁÑEZ, M; ALVIRA, F. 1986. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Editorial Alianza Universidad Textos. Pp: 384-385,38.
13. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de Salud (MINSAL) y Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA).
- a) Resumen epidemiológico del VIH-SIDA, Chile, Diciembre del 2002.  
b) Panorama epidemiológico de la infección por VIH/SIDA en Chile: Año 2001. *Revista Chilena Infectología*, 2002, Vol.19 (4):145-261 c) Situación del VIH-SIDA en el mundo y Chile. 2005  
(Disponibles en <http://www.conasida.cl> y <http://www.minsal.cl>. Consultado: 24/10/04-12/01/06)
14. GOBIERNO DE CHILE. 2004. Cuarto informe periódico del Estado de Chile sobre las medidas adoptadas para hacer efectivas las disposiciones de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Disponible en: <http://www.sernam.gov.cl/PDFS/RRII/IV%20Informe%20CEDAW%20final.pdf>. Consultado: 10/01/05)
15. GÓMEZ, A, 1998. Mujeres, vulnerabilidad y VIH-SIDA. *Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*. Pp: 273.
16. HERNANDEZ; R. 2003. Metodología de la investigación.3 Ed. Editorial Mc Graw-Hill, Pp: 5, 12,115-117,120.
17. HERNANDEZ, P; VARGAS, L. 2005. Proyecto de intervención comunitaria. Internado Castro 2005. Escuela de obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile, Valdivia.
18. HUENCHAN, S. 1995. Mujeres indígenas rurales de la Araucanía. Huellas demográficas y de sus condiciones de vida. (Disponible en: <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/huen1.html>. Consultado: 15/09/04)

19. IBACACHE, J; MORROS, L; TRANGOL, M. 2002. Una aproximación ecológica al fenómeno de salud-enfermedad, desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuches de salud. (Disponible en: <http://www.estudiosindigenas.cl/trabajados/ibacache.pdf>. Consultado el 15/09/04)
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA DE CHILE (INE), 2002. Hojas informativas. Estadísticas sociales pueblos indígenas de Chile. Censo 2002. (Disponible en: [http://www.ine.cl/23-otras/pdf/info\\_etnias.pdf](http://www.ine.cl/23-otras/pdf/info_etnias.pdf). Consultado 10/01/05)
21. KRASTER, A. 2003. El uso del sistema de salud tradicional en el pueblo mapuche: comportamiento y percepción. (Disponible <http://www.mapuche.nl>. Consultado: 15/09/04)
22. KRAUSKOPF, D. 2005. Las Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José. Seminario “La Evolución Del Concepto De Salud Y El Enfoque De Riesgo”. (Disponible en: [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lecturas%208y9\\_UT\\_1.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%208y9_UT_1.pdf). Consultado: 22/12/05)
23. MARCOVICI, K. 2002. “El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”. Programa Mujer, Salud y Desarrollo Organización Panamericana de la Salud. (Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVSpanish.pdf>. Consultado: 19/01/06)
24. OSPINA, J. 1998. Proyecto de estimación del riesgo en salud (PERES). Área de fomento y protección de la salud. Universidad Nacional de Colombia. (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/proyecto-peres/proyecto-peres.shtml>. Consultado: 19/01/06)
25. PEREZ, G. 2001. Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas. Segunda edición. Madrid. Editorial Nancea. Pp: 222-225
26. PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2005. Situación de la epidemia de SIDA Diciembre de 2005. (Disponible en: <http://www.onusida.org.co/documentos/situaciondelaepidemiadesida2005.pdf>. Consultado: 27/02/06)
27. QUEUPUAN, P. 2002. Comisión Bicentenario. Revisitando Chile: Identidades, mitos e historias. Valdivia. (Disponible en: <http://www.bicentenario.gov.cl/inicio/revisitando/Transcripci%F3n%20Prosperina%20Queupuan.doc>. Consultado: 21/09/04)

28. SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE, CHILOE Y PALENA (LLANCHIPAL). Programa de VIH-SIDA (Disponible en: <http://www.llanchipal.cl/Index2.html>. Consultado: 24/10/04)
29. SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, (SERNAM). 2005. Mujeres y VIH-SIDA: el informe de ONUSIDA del 2004. (Disponible en: <http://www.sernam.cl/cedoc/documentos3.htm>. Consultado: 27/02/06)
30. STAKE, R. 1999. Investigación con estudio de casos. Segunda edición. Editorial Morata. Pp: 11,17.
31. TAYLOR, S; BOGDAN, R. 1987. Introducción a la metodología cualitativa de la investigación. 2º Ed. Barcelona. Ediciones Piados Ibérica S.A. Pp: 92, 101.
32. TOLOMEOTTI, S. S/F. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Boletín InterCambios, Año 6, N°61. (Disponible en: <http://www.rimisp.org>. Consultado: 06/03/06 )
33. WILLIAMSON, G. S/F. Estudio sobre la educación para la población rural en Chile. (Disponible en: [http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/estudio\\_educacion\\_poblacion\\_rural\\_chile.pdf](http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/estudio_educacion_poblacion_rural_chile.pdf). Consultado: 06/03/06)
34. ZÚÑIGA, S. S/F. Algunos aspectos de las costumbres y reseña del cuidado del niño entre los antiguos araucanos. Revista de estudios medico humanísticos (ARS). Vol 4(4) (Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica4/08Zuniga.html>. Consultado: 02/11/04)



## **ANEXOS**

**ANEXO 1: PREGUNTAS GUIA ENTREVISTA GRUPAL- ITEMS ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.**

- **PREGUNTAS:**

**OBJETIVO GENERAL:**

CATEGORÍA: Riesgo.

PREGUNTA INVESTIGACIÓN: ¿Qué entienden por riesgo las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal.

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Qué es para ustedes estar en riesgo? ¿Con qué cosas relacionan uds. esta palabra? ¿Qué es lo primero que se les viene a la cabeza cuando escuchan la palabra “riesgo”?

**OBJETIVO 1**

CATEGORÍA: Salud-enfermedad

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué significado tiene la salud –enfermedad para mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal.

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Qué es para uds. la salud y la enfermedad? ¿Cuándo se dice o podemos decir que una persona tiene salud o es saludable? ¿Según lo que uds. saben, por qué se enferma la gente? ¿Qué tipo de enfermedades hay o existen? ¿Cuándo se enferma la gente? ¿Existen enfermedades que solo afecten a la gente del pueblo huilliche? ¿Existen enfermedades que solo afecten a la gente que no es del pueblo huilliche?

**OBJETIVO 1**

CATEGORÍA: Salud sexual.

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué significado tiene la salud –sexual para mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Han escuchado sobre la salud sexual? ¿Qué es para uds. la salud sexual con qué lo relacionan? , Si les dijera que les voy a hablar de salud sexual... ¿De qué piensan que les voy a hablar? ¿Cuando fue la primera vez que escucharon algo sobre este tema? ¿Donde aprendieron o quien les enseñó sobre este tema?

**OBJETIVO 2**

CATEGORÍA: Contagio.

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué es el contagio para mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal.

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Qué es el contagio? ¿Cómo llaman ustedes al contagio o cuando alguien se contagia algo? ¿Cómo se produce el contagio? ¿Existen enfermedades que se *peguen*? ¿Cuáles? ¿Cómo y cuándo se *pega* una enfermedad? ¿El pertenecer al pueblo huilliche las/os protege de algunas enfermedades?

**OBJETIVO 3**

CATEGORÍA: Salud sexual.

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué enfermedad de transmisión sexual conocen las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Se pueden enfermar las personas por tener relaciones sexuales? ¿Conocen alguna enfermedad que se produzca por tener relaciones sexuales? ¿Cuáles son esas enfermedades? ¿Cómo le dicen a esas enfermedades?

**OBJETIVO 5**

CATEGORÍA: VIH-SIDA

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué conocen las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé, sobre el VIH-SIDA?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal.

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Han oído hablar del SIDA? ¿Qué creen ustedes que es el SIDA o qué han escuchado? ¿Por qué se produce el SIDA? ¿A qué personas les da SIDA? ¿Conocen a alguien que esté enfermo de SIDA?

**OBJETIVO 6**

CATEGORÍA: VIH-SIDA

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Cómo incorporan a sus vidas el concepto de prevención del VIH-SIDA las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista grupal.

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿Usted conversa con su familia o sus amigas/os del SIDA? ¿Tienen presente que existe esta enfermedad? ¿Cree que está lejos del lugar donde vive? ¿Qué hacen para cuidarse de esta enfermedad? ¿Cómo se cuidarían del SIDA?

- **ITEMS:**

### **OBJETIVO 1**

CATEGORÍA: Salud sexual.

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué significado tiene la salud –sexual para mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista en profundidad.

ITEM:

- Fuentes información sobre salud sexual.
- Primer acercamiento a la temática.
- Significados otorgados al concepto de salud sexual.

### **OBJETIVO 3**

CATEGORÍA: Salud sexual.

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué enfermedad de transmisión sexual conocen las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista en profundidad

ITEM:

- Identificación de enfermedades transmitidas sexualmente desde su cosmovisión.
- Fuentes de información.
- Significado otorgado.

### **OBJETIVO 4**

CATEGORÍA: Conducta sexual

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Cuál es la conducta sexual actual de las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista en profundidad.

ITEM:

- Inicio actividad sexual.
- Iniciativa de iniciar actividad sexual (Propia o de la pareja)
- Numero de parejas sexuales.
- Procedencia de las parejas sexuales.
- Deberes y derechos de hombres y mujeres frente a la actividad sexual.

**OBJETIVO 5**

CATEGORÍA: VIH-SIDA

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Qué conocen las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé, sobre el VIH-SIDA?

INSTRUMENTO: Entrevista en profundidad.

ITEM:

- Fuentes de información y conocimientos sobre VIH-SIDA.
- Significado otorgado.
- Mitos.
- Relación entre comunidad y el riesgo del VIH
- Población vulnerable en su comunidad
- Factores protectores y de riesgo en su comunidad.
- Uso del preservativo.

**OBJETIVO 6**

CATEGORÍA: VIH-SIDA

PREGUNTA INVESTIGACION: ¿Cómo incorporan a sus vidas el concepto de prevención del VIH-SIDA las mujeres huilliches de 15 y más años, del área rural, pertenecientes a algunas comunas de Chiloé?

INSTRUMENTO: Entrevista en profundidad

ITEM:

- Diálogo en la comunidad sobre el VIH
- Cercanía del riesgo en sus comunidades
- Prevención de contagio del VIH.

**ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_,  
 declaro conocer los objetivos de la investigación de la Srta. LORETO PRISCILA VARGAS MARDONES, alumna de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, y estoy de acuerdo en colaborar en la entrega de información, que será de carácter confidencial y solamente utilizada para la tesis “Percepción de riesgo del VIH-SIDA en mujeres huilliches de 15 y más años, pertenecientes a algunas comunas de la isla de Chiloé”, proyecto necesario para obtener el grado académico de Licenciad@ en Obstetricia y Puericultura.

Consiento y autorizo espontáneamente, sin ser forzada u obligada de ninguna forma a que la Srta. LORETO PRISCILA VARGAS MARDONES grabe y/o anote las conversaciones de cada sesión en las que participe, información que, luego de transcrita, me será entregada para agregar o quitar lo que estime conveniente.

Para dejar constancia de lo anteriormente declarado, firmo el presente documento.

\_\_\_\_\_  
 Firma Informante

\_\_\_\_\_  
 Loreto Priscila Vargas Mardones

Chiloé,....., de....., del.....

### ANEXO 3: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

**RIESGO:** Proximidad de un daño.

- **Subcategorías:**

- ✓ SIGNIFICADO
- ✓ FACTORES PREDISPONENTES
- ✓ PREVENCIÓN

**CONTAGIO:** transmisión de una enfermedad por contacto inmediato o mediato.

- **Subcategorías:**

- ✓ SIGNIFICADO
- ✓ FACTORES PREDISPONENTES
- ✓ PREVENCIÓN DEL CONTAGIO
- ✓ MEDIOS O MECANISMOS DE CONTAGIO

**SALUD- ENFERMEDAD:** definiciones propias de las informantes de los conceptos salud y enfermedad.

- **Subcategorías:**

- ✓ SALUD
- ✓ ENFERMEDAD
- ✓ ENFERMEDAD VISION MágICA
- ✓ SALUD-ENFERMEDAD HUILICHE:
- ✓ MEDICINA NATURAL-MEDICINA TRADICIONAL

**SALUD SEXUAL:** concepto parcelado, se entenderá por lo relativo a la información sexual recibida.

- **Subcategorías:**

- ✓ SIGNIFICADO
- ✓ ACCESO INFORMACION
- ✓ ITS

**CONDUCTA SEXUAL:** esta categoría apuntará al número y características de parejas sexuales y métodos de prevención utilizados.

- **Subcategorías:**

- ✓ PREVENCIÓN INICIO ACTIVIDAD SEXUAL
- ✓ PAREJAS SEXUALES
- ✓ PROCEDENCIA PAREJA SEXUAL

**VIH-SIDA:** comprenderá información y propia percepción de los temas asociados a este concepto.

- **Subcategorías:**

- ✓ SIGNIFICADO
- ✓ ACCESO INFORMACIÓN
- ✓ ESTIGMAS
- ✓ LUGARES RIESGO
- ✓ PREVENCIÓN
- ✓ FACTORES PROTECTOR-HUILLICHE
- ✓ PERCEPCIÓN RIESGO COMUNIDAD
- ✓ POBLACIÓN VULNERABLE COMUNIDAD