VIH/SIDA+VIOLENCIA

Dos caras de una misma realidad

Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA

Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR

Informe Nacional CHILE

M. Eugenia Calvin Pérez
Sonia Covarrubias Kinderman
Sandra Iturrieta Olivares
M. Stella Toro Céspedes

FEIM FUNDACIÓN PARA ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA MUJER

EPES Fundación Educación Popular en Salud

MYSU MUJER Y SALUD EN URUGUAY

GESTOS Soropositividade, Comunicação & Gênero

DOS CARAS DE UNA MISMA REALIDAD
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y FEMINIZACIÓN DEL VIH/SIDA

Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR

Informe Nacional CHILE

Autoras:

M. Eugenia Calvin Pérez
Sonia Covarrubias Kinderman
Sandra Iturrieta Olivares
M. Stella Toro Céspedes

EPES
Fundación
Educación Popular en Salud

Este trabajo ha contado con el apoyo de **UNIFEM**

DOS CARAS DE UNA MISMA REALIDAD
Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA

Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR
Informe Nacional CHILE

© EPES
Inscripción N° 185.496
ISBN: 978-956-7546-17-6

Fundación EPES
General Körner 38
Comuna El Bosque, Santiago, Chile

Teléfono: (56 - 02) 5486 617
Fax: (56 - 02) 5486 021
www.epes.cl

Impresión:

Impreso en Chile, Octubre 2009

Se autoriza su reproducción citando la fuente.

TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN

I CONTEXTO DEL VIH Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN CHILE
1 Estadísticas de violencia contra las mujeres 7
2 Estadísticas de VIH/SIDA 8
3 Políticas públicas 9
4 Legislación 13
5 Protocolo de atención 15
6 Estado del arte 16
7 Acciones de la sociedad civil 17
8 Asignación del presupuesto 20

II DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS ENCUESTADAS
1 Perfil de las mujeres encuestadas 23
2 Instrucción 23
3 Trabajo 24
4 Ingresos 25
5 Vivienda 26

III SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
1 Edad de la primera relación sexual 29
2 Relaciones sexuales y estado civil 29
3 Uso de métodos anticonceptivos 30
4 Diagnóstico de VIH 33

IV VIOLENCIA
1 Violencia Psicológica 35
2 Violencia Física 35
3 Violencia Sexual 36
4 Experiencia de violencia 37

V VIOLENCIA Y VIH
1 Experiencia de violencia previa al diagnóstico de VIH y percepción de daño 43
2 Violencia antes del diagnóstico y perfil socioeconómico de las mujeres 44
3 Experiencia de violencia antes deldiagnóstico y violencia contra la madre 45

VI ANÁLISIS CUALITATIVO
1 Violencia intrafamiliar en la infancia o adolescencia 47
2 Violencia sexual en la infancia o adolescencia 50
3 Violencia en las parejas 51
4 Búsqueda de ayuda 54
5 Uso e información sobre Métodos Anticonceptivos (MAC) 56
6 VIH/SIDA
7 Violencia institucional 61
8 Percepción relación violencia
y VIH en su vida 62

VII CONCLUSIONES 65

ANEXOS:
Anexo A: Metodología empleada en el estudio 73
Anexo B: Recolección de datos:
B.1 Cuestionario 77
B.2 Guía de entrevista 85
B.3 Consentimiento 87

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 89

TABLAS

1 Prevalencia de la VIF en cuatro regiones de Chile.
2 Número y tasa de denuncias por violencia de mujeres de 15 años y más.
3 Número y tasa de denuncias por violencia sexual de mujeres adolescentes de 14 a 19 años.
4 Razón hombre:mujer según quinquenios.
5 Edad según rangos etáreos.
6 Tiene pareja actualmente.
7 Vida en pareja y con hijos.
8 Nivel de estudios.
9 Actividad laboral.
10 Trabajo remunerado según estado civil.
11 Aporte de mayores ingresos al hogar.
12 Fuentes de ingreso económico.
13 Salarios en pesos y dólares.
14 Tenencia del lugar en que vive.
15 Hacinamiento.
16 Ingreso percápita mensual en pesos y dólares.
17 Características sociodemográficas de las encuestadas.
18 Tipo de anticonceptivo utilizado.
19 Uso de métodos anticonceptivos según **estado civil**
20 Decisión sobre tipo de método anticonceptivo utilizado según actividad sexual.
21 Decisión sobre tipo de método anticonceptivo utilizado según nivel de estudio.
22 Ligadura de trompas según edad actual.
23 Ligadura de trompas según edad en que se diagnosticó VIH.
24 Edad en la que se diagnosticó el VIH.
25 Manifestaciones de violencia psicológica.
26 Manifestaciones de violencia física.
27 Etapa de la vida en que fue obligada a mantener relaciones sexuales.
28 Tipo de violencia vivida.
29 Repercusión en salud mental según experiencia de violencia.
30 Realización del test por voluntad propia según tipo de violencia vivida.
31 Tipo de violencia vivida según quien la causó.
32 Experiencia de violencia antes del diagnóstico de VIH según edad de la primera relación sexual.
33 Tipos de violencia vividas antes del diagnóstico de VIH
34 Daño físico grave y repercusiones en la salud mental.
35 Vivió violencia antes del diagnóstico de VIH según ingreso mínimo mensual líquido.
36 Vivió violencia antes que recibiera el diagnóstico de VIH según violencia contra su madre.

GRÁFICOS

1 Relaciones sexuales en la actualidad según edad.
2 Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos.
3 Uso de métodos anticonceptivos según edad.
4 Decisión de usar métodos anticonceptivos.
5 Etapa de la vida en que se diagnosticó el VIH.
6 Violencia contra la madre.

CUADROS

1 Resumen de tópicos y sub tópicos análisis cualitativo.

PRESENTACIÓN

Con el objetivo de aportar antecedentes acerca de la experiencia de violencia y VIH de mujeres que viven con el virus, como asimismo, con la intención de generar debates en torno a estos resultados y apoyar al desarrollo de iniciativas orientadas a un abordaje integrado de la violencia y el VIH, en las políticas públicas y en el trabajo que realizan las organizaciones de la sociedad civil, presentamos a continuación los resultados de un estudio cuanti-cualitativo realizado por Fundación EPES entre los meses de Abril de 2008 y septiembre del 2009, orientado a explorar si existe mayor vulnerabilidad ante el VIH en la población de mujeres víctimas de violencia, y conocer si existe vinculación entre ambas pandemias.

Esta investigación es parte de un proyecto regional multicéntrico realizado en forma paralela en cuatro países: Uruguay (MYSU), Brasil (GESTOS), Chile (EPES), que fue coordinado por la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) en Argentina, y ha contado con el apoyo del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer- UNIFEM.

En Chile al igual que en otros países de América Latina, desde hace años se está viviendo una creciente feminización del VIH, proceso que ocurre con diferentes ritmos en cada país y que en Chile se expresa en un aumento de mujeres viviendo con VIH. Según datos de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) ente los años 2003 al 2007 este aumento es de una mujer viviendo con VIH por cada 3,7 hombres en igual situación.

A la base de este proceso de feminización se encuentran las desigualdades de género que ubican a las mujeres en una situación de vulnerabilidad al VIH, donde la violencia es uno de los principales factores que influyen en ello, junto a los déficits de las políticas públicas dirigidas a la prevención y atención específica de mujeres.

Actualmente, existe evidencia aportada por investigaciones realizadas en varios países, acerca de los vínculos entre violencia y VIH. Al respeto, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Belice, Honduras y Nicaragua (OPS/OMS 2006), mostró una asociación positiva entre enfermedades de transmisión sexual (ETS) y violencia contra las mujeres. Las mujeres que habían vivido violencia tenían mayor presencia de ETS, debido a las altas tasas de sexo forzado; a las reducidas posibilidades de negociar sexo protegido y el uso de condón, como también, por falta de acceso a consejerías y pruebas de ETS y VIH. Asimismo, en un estudio realizado en el año 2004 en Colombia, Republica Dominicana y Haití (Kishor 2004), se encontró similares vinculaciones entre la violencia contra las mujeres y la mayor presencia de ETS.

La violencia es un factor de riesgo para adquirir el VIH, como asimismo, el VIH es un factor de riesgo para vivir violencia, ambos tienen como denominador común las desigualdades de género que afectan a las mujeres. Los vínculos entre la violencia y el VIH amplían las desigualdades y debilitan el ejercicio de derechos humanos de las mujeres.

El VIH y la violencia se refuerzan mutuamente, estando ambos ligados a factores sociales, económicos y biológicos. Sin embargo, aunque la violencia y el VIH afectan a todos los grupos sociales, su impacto y sus consecuencias más severas se concentran en los grupos con menor poder, como son las mujeres, entrecruzándose con otras inequidades como las originadas en la etnia o en el nivel socioeconómico.

En el primer apartado de este documento se presenta un conjunto de antecedentes sobre violencia y VIH, incluyendo estadísticas disponibles, legislación y políticas nacionales dirigidas a abordar estas problemáticas; protocolos de atención en ambas materias, el estado del arte respecto de trabajos de

investigación que articulen antecedentes sobre violencia y VIH, incluyéndose también, información respecto de acciones lideradas por la sociedad civil en materia de violencia contra las mujeres y VIH.

En la segunda sección del documento se da cuenta del perfil sociodemográfico de las 102 mujeres que participaron en la investigación, para luego mostrar en los apartados tercero, cuarto y quinto los resultados obtenidos en las áreas temáticas relevadas por el estudio en su componente cuantitativo y que tienen relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la experiencia de violencia, VIH y vínculos entre violencia y VIH.

En el apartado seis se presentan los resultados cualitativos del estudio, considerando los tópicos y sub-tópicos contenidos en las entrevistas en profundidad realizadas a 10 mujeres que vivieron violencia de manera previa al diagnóstico de VIH, los que fueron trabajados a través de análisis categorial simple.

En la última sección se presentan las conclusiones que surgen de los resultados del estudio considerando los componentes cuanti-cualitativos con los que se abordó el estudio de esta realidad.

Finalmente, se presenta el anexo A que describe las características metodológicas de este estudio y el anexo B, que incluye los instrumentos de recolección de datos cuantitativos y cualitativos.

I. CONTEXTO DEL VIH Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN CHILE

1 ESTADÍSTICAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Chile no cuenta con estudios nacionales que permitan conocer la prevalencia de la violencia contra las mujeres. El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) ha realizado estudios que establecen la prevalencia de violencia en cuatro regiones del país: Región Metropolitana y IX Región Araucanía, en la II Región de Antofagasta y IV Región de Coquimbo. (SERNAM 2002)

Los estudios realizados por SERNAM muestran que la prevalencia de Violencia Intrafamiliar (VIF)[1] oscila entre 42,8% en Antofagasta y un 50,3% en la Región Metropolitana. Según tipo de violencia, estos estudios muestran que la violencia psicológica alcanza un valor mínimo de 39,1% en la Región de Antofagasta y un valor máximo de 43,2% en la Región Metropolitana.

La menor prevalencia de violencia física, corresponde a la Región de la Araucanía con un 25,3% y la mayor a la Región de Coquimbo, donde la violencia física alcanza al 32,6%. Estos estudios distinguieron violencia física leve y grave, constatándose que la violencia física grave se presenta con mayor frecuencia que la leve, en especial en las Regiones Metropolitana y de Coquimbo.

Tabla Nº 1 Prevalencia de la VIF en cuatro regiones de Chile

	Región Metropolitana	Región de Araucanía	Región de Coquimbo	Región de Antofagasta
Sin Violencia	49.7	53.0	51.6	57.2
Con Violencia	50.3	47.0	48.4	42.8
Subtotal	100.0	100.0	100.0	100.0
		Prevalencia según tipo de violencia		
Violencia psicológica	43.2	42.4	41.9	39.1
Violencia física leve	13.1	10.2	13.4	11.1
Violencia física grave	19.0	15.1	19.2	15.7

Fuente: SERNAM, Datos básicos VIF Comparación 4 regiones. Julio, 2005.

1 Datos extractados de documento de trabajo: SERNAM (2005). Datos básicos VIF Comparación 4 regiones. Gobierno de Chile, Santiago.

Respecto de las denuncias por VIF, cabe señalar que desde el año 2000 al 2005 estas han ido en aumento, con una baja en el año 2006 en que se registra una reducción de un 10,4% en el número de denuncias interpuestas por mujeres de 15 años y más. En los años 2007 y 2008, se produce un incremento que iguala la tendencia observada en los años anteriores, tal como se aprecia en la siguiente tabla, construida en base a la información disponible en el Observatorio de Equidad de Género en Salud[2].

Al igual que en el caso de las denuncias por violencia intrafamiliar, las denuncias de adolescentes por violencia sexual (abuso y violación) se han incrementado año a año, lo que daría cuenta de una mayor disposición de las mujeres a denunciar y exigir justicia frente a este tipo de delitos.

Tabla Nº 2 Número y tasa de denuncias por violencia de mujeres de 15 años y más

Año	Nº denuncias de mujeres de 15 años y más	Tasa de denuncias x cada 10.000 mujeres de 15 años y más
2000	17.466	31.4
2001	55.517	98.2
2002	62.206	108.2
2003	71.724	122.7
2004	79.497	130.01
2005	80.303	129.02
2006*	71.924	113,60
2007	83.005	128,91
2008	86.165	131,63

Fuente: Observatorio de Equidad de Género en Salud.
* Fuente de datos de los años 2006 a 2008, Carabineros de Chile.

Tabla Nº 3 Número y tasa de denuncias por violencia sexual de mujeres adolescentes de 14 a 19 años

	Nº de denuncias	Tasa denuncias por 100.000
2002	449	68.30
2003	624	93.10
2004	898	131.30
2005	1.338	185.90
2006*	1.517	210.10
2007	1.865	257.43
2008	2.072	285.05

Fuente: Observatorio de Equidad de Género en Salud.
* Fuente Datos 2006 a 2008, Carabineros de Chile.

2 Para más detalles ver: www.observatoriogenerosalud.cl

Respecto de las muertes de mujeres producto de la violencia, cabe señalar que no hay formas de registro que permitan conocer estas cifras. Las estadísticas de muertes por causas externas no se relacionan con la causa de agresión o autoagresión. Las cifras de femicidios que se conocen se han recopilado a través de estudios de expedientes judiciales y seguimiento de prensa.

En el año 2006 SERNAM realizó un seguimiento a través de la prensa, de los asesinatos de mujeres a manos de su pareja, los casos así identificados fueron posteriormente ratificados por el Ministerio Público confirmándose un total de 36 casos de femicidio íntimo ocurridos entre el 1° de enero y el 8 de diciembre de 2006 (Observatorio de Equidad de Género en Salud 2006). En el 2007 según información de MINSAL (2008a) en contextos de violencia intrafamiliar fueron asesinadas un total de 61 mujeres. Del mismo modo, según el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM 2008) se contabilizaron 59 femicidios y desde enero al 24 de septiembre de 2009, han sido asesinadas 39 mujeres a manos de sus parejas (SERNAM 2009).

Dado que la violencia contra las mujeres no es una variable incluida en estudios periódicos, no se dispone de información respecto del número de hogares con violencia intrafamiliar.

2 ESTADÍSTICAS DE VIH/SIDA

La epidemia del VIH/ SIDA en Chile comenzó con los primeros 6 casos en el año 1984. Al año siguiente se notifica a la primera mujer en la Región Metropolitana. Hasta el año 2007, se han notificado 18.552 (MINSAL 2008:2) casos acumulados de VIH/SIDA en el país y a diciembre de 2006 han fallecido 5.710 personas.

La tasa acumulada de VIH es de 65,1 por 100.000 habitantes y la tasa acumulada de SIDA es de 54,2 por 100.000 habitantes, siendo la prevalencia en población general de un 0,05%. (MINSAL/ONUSIDA 2008)

La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta el año 2001, en que alcanzó a 3,6 por 100.000 habitantes, mientras que en los años (2002-2006) la mortalidad mostró un descenso sostenido llegando el 2006 a 2,6 por 100.000 habitantes. (MINSAL/ONUSIDA 2008).

Según el último Informe del Observatorio de Equidad de Género en Salud, período 2007-2008, habría un "retroceso" en el indicador referido a tasas de mortalidad por SIDA, ya que aumentó levemente la tasa de mortalidad en hombres de 4,1 por 100.000 en el 2005 a 4,4 el 2007. En las mujeres la tasa de mortalidad alcanza a 0.8 por 100.000. (Observatorio de Equidad de Género en Salud 2006)

2.1 Evolución últimos 20 años relación hombre/mujer

Según informe de la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA) en el cual analiza el desarrollo de la epidemia a partir de los casos notificados con VIH/SIDA, agrupados en 5 quinquenios[3], se concluye que en todos ellos, el número de casos en hombres supera al de mujeres tanto en VIH como en SIDA; y que las mujeres aumentaron su proporción en el total de casos hasta el año 1996 (razón hombre: mujer en descenso), estabilizándose en los dos últimos quinquenios en VIH.

Tabla N° 4 Razón Hombre: Mujer según Quinquenios

Quinquenio	Razón VIH hombre: mujer	Razón SIDA hombre: mujer
1988/1992	6,5	9,8
1993/1997	4,8	8,1
1998/2002	4,2	6,8
2003/2007	3,7	6,0

Fuente: CONASIDA (2008)

La estabilización de la razón hombre:mujer en los últimos quinquenios, estaría mostrando que actualmente el VIH es una epidemia que crece en forma similar en ambos sexos.

Según el Informe 2007-2008 del Observatorio de Equidad de Género en Salud (2009), respecto del indicador "porcentaje de mujeres en las notificaciones de SIDA, existe un retroceso, ya que aumentó el porcentaje de mujeres notificadas de 13,5% el año 2006 a 16,9% en el año 2007.

2.2 Vías de Exposición

La principal vía de exposición es la sexual (90%), siendo los hombres que tienen sexo con hombres la más declarada con un 43, 4%, siguiendo luego con un 33,8% la vía heterosexual, bisexual con un 12,7%, uso de drogas inyectables 2,2%, transmisión vertical 1,2%, transfusiones y hemofílicos/as 0,45 y 6,2% de origen desconocido. (MINSAL 2008:11)

Tanto para los casos de VIH y de SIDA se produce un aumento de la exposición por vía heterosexual entre los años 1993/1997 y en el período 2003/2007, siendo el incremento de un 182% y un 64% respectivamente. Asimismo, para los casos de VIH y SIDA las vías de exposición entre hombres y mujeres difieren. Para los hombres la principal vía

3 Quinquenios analizados: 1988/1992, 1993/1997, 1998/2002, 2003/2007. MINSAL 2008. Evolución del VIH/SIDA Chile 1984-2007. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.

de exposición es la homosexual. En cambio, entre las mujeres la vía heterosexual es la más declarada y corresponde a 86,1% en los casos de SIDA y a 90,4% en VIH.

2.3 Edad

En los casos de VIH como de SIDA las tasas más altas ocurren entre los 20 y 49 años. En los dos primeros quinquenios, los grupos entre los 20 y 29 años y 30 y 39 años tenían tasas similares, a partir del tercer quinquenio (1998/2002) el grupo entre 30 y 39 años, supera al grupo de edad anterior ocupando el primer lugar.

Al separar los datos de edad por VIH y SIDA, se tiene que en los casos de VIH tanto en hombres como en mujeres, la mayor concentración de casos está entre los 20 y 29 años de edad, un decenio antes que en SIDA. Todos los grupos de edad aumentaron en los quinquenios sus tasas de notificación. El grupo que presenta la tasa de notificación más alta es el de 20 y 29 años.

2.4 Etapa diagnóstica en la primera notificación

Del total de casos notificados por VIH/SIDA entre 1988 y 2007 (18.433)[4] el 54% se notificó en etapa diagnóstica de VIH, mientras que el 46% fue notificado en etapa SIDA (Gobierno de Chile/MINSAL 2008: 4).

Se observa que el porcentaje de mujeres que se notifica como VIH, se ha ido incrementando en todos los quinquenios. Del total de mujeres notificadas en el período 1988/2007, el 64,7% está en esta etapa, mientras que los hombres alcanzan al 51,9%, probablemente por la realización del examen en las mujeres durante el embarazo.

2.5 VIH/SIDA en las Mujeres

El análisis de la evolución de la epidemia en mujeres realizado por MINSAL (2007) agrupa los casos notificados[5] en 4 quinquenios: 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001, 2002-2006, dejando fuera 2 casos ocurridos en 1985 y 1986.

Según MINSAL (2007), el primer caso notificado de una mujer con SIDA fue en 1985. A diciembre de 2006, el número de mujeres con VIH/SIDA alcanzaba a 2.682, falleciendo 565 mujeres por SIDA entre los años 1984 y 2004. El 65% (1.749) de ellas están notificados como VIH y las restantes (931) como SIDA.

En relación a la edad de las mujeres, las tasas más altas de mujeres con VIH/SIDA ocurren entre los 20 y 49 años, que corresponde el período fértil, siendo entre los 20 y 29 años el grupo que concentra las tasa más altas de notificación.

Entre los 20 a 29 años el incremento de mujeres con VIH ha sido mayor, apreciándose que la tasa del último quinquenio (2002-2006) es 15 veces mayor a la que este mismo grupo de edad tenía en el quinquenio 1987-1991, (MINSAL 2007) es decir la epidemia en mujeres está afectando a mujeres cada vez más jóvenes.

Con respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres con VIH/SIDA tienen enseñanza media cursada con un 42%, mientras que un 37% sólo llegó hasta la enseñanza básica. Un 9% de ellas tienen estudios superiores, 5% no tienen ningún estudio y 7% no se sabe.

Respecto a la escolaridad de las mujeres que viven con VIH/SIDA, se aprecia que en los últimos años de la epidemia, ha decrecido el nivel educativo de las afectadas, siendo el nivel de escolaridad básica la condición más frecuente de quienes viven con SIDA. Entre las mujeres notificadas con VIH, las sin escolaridad que representaban el 1,8% en el período 1987-1991, aumentaron al doble su representatividad en los años siguientes (4%), aunque la educación media continúa siendo el nivel de escolaridad más frecuente entre mujeres que viven con VIH (MINSAL 2007).

Los datos de ocupación de las mujeres con VIH/SIDA muestran que un 51,5% está en la categoría "Otros" En este grupo, de las 1.396 mujeres, el 80% correspondía a dueñas de casa. La categoría "operaria", ocupa la segunda mayoría con un 29,1% y las oficinistas, el tercer lugar con un 8,8%. (MINSAL 2007).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 Políticas públicas en Violencia

El organismo de gobierno que tiene un rol específico en el diseño de políticas en violencia es el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), entidad que ha incorporado, la temática de violencia intrafamiliar (VIF) en sus prioridades institucionales para el diseño de políticas a favor de la igualdad de oportunidades

4 145 personas no tienen información sobre la etapa diagnóstica, quedando fuera del análisis de esta variable. (MINSAL 2008: 4)

5 Para el cálculo de tasas de notificación para cada quinquenio se utilizó la población de mujeres a la mitad del período correspondiente: 1989, 1994,1999 y 2004. Para el cálculo de tasas acumuladas, se utilizó la población de 1997. (MINSAL 2007: 18)

y derechos. Este compromiso se ha operacionalizado a través de un Programa Nacional específico y de la creación de una Comisión Asesora Interministerial (Decreto Supremo 108, 1992).

Para el período 2000-2010 entre los objetivos del Plan de Igualdad de Oportunidades se contempla "Asegurar el derecho a la integridad física, sicológica y sexual de las mujeres y las niñas" (SERNAM 2000:25) y "Prevenir la violencia contra las mujeres y entregar servicios para el apoyo a las víctimas" (SERNAM 2000:50). Actualmente SERNAM cuenta 52 Centros de Atención de la Mujer que atienden situaciones de violencia leve y menos grave y con 25 Casas de Acogida en 13 regiones del país, las que otorgan protección temporal a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar grave, derivadas desde las Fiscalías (Ministerio Público).

El programa de los Centros de Atención de la Mujer se propone como objetivo "Contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia intrafamiliar, especialmente la que se produce en las relaciones de pareja, mediante la implementación de un modelo de intervención integral con énfasis en la desnaturalización de la violencia y la detección e interrupción temprana del fenómeno" (SERNAM 2008:6).

La intervención de estos Centros se dirige principalmente a la atención de mujeres mayores de 18 años que sufran violencia doméstica menos grave, en cualquiera de sus manifestaciones (violencia física, psicológica, sexual, económica), y que ingresan al servicio por demanda espontánea o derivadas desde otra institución. El propósito de la intervención es contener, proteger y equilibrar emocionalmente a las mujeres que requieren ayuda para enfrentar situaciones de violencia en la pareja, fortaleciendo procesos en los que las mujeres puedan acceder y reconocer recursos propios y de su entorno asumiendo un rol activo en la superación del problema.

Además de la atención a mujeres que viven violencia, los Centros de Atención de la Mujer implementan otras líneas de trabajo que incluyen la prevención primaria y secundaria, la capacitación, el trabajo intersectorial y con redes.

En el año 2007 SERNAM implementa las Casas de Acogida destinadas a brindar protección, atención reparatoria y apoyo en la generación y elaboración de nuevos proyectos de vida a las mujeres que se encuentran en situación de riesgo vital y que han denunciado violencia grave. A noviembre de 2008, el SERNAM había abierto 25 Casas de Acogida en todo Chile y tiene como meta para el 2009 aumentar a 90 los centros de atención ambulatoria para mujeres que viven violencia en el país. El modelo de atención de las Casas de Acogida considera (i) Primer Apoyo (contención e intervención en crisis), (ii) Diagnóstico Psicosocial, (iii) Elaboración de Plan de Intervención Integral específico para cada usuaria, (iv) Proceso de Reparación de la Mujer Víctima de Violencia Intrafamiliar el que se inicia en la casa de acogida y continúa a su egreso en el Centro de la Mujer, y que considera atención psicosocial individual y grupal, asesoría y patrocinio legal; atención social (fortalecimiento y/o creación de redes primarias de protección de las usuarias), derivación y/o interconsulta a los servicios de salud para la mujer y sus hija/os, cuando corresponda; desarrollo de la empleabilidad, a través de la habilitación laboral, tanto en nivelación de estudios como en capacitación; coordinación Intersectorial con instituciones públicas y privadas la que tiene por objetivo activar todas las redes necesarias para que, tanto durante su estadía en la Casa de Acogida como al momento del egreso, se de continuidad protección, reparación y reinserción (SERNAM s/f).

Por su parte el Ministerio de Salud a través de Resolución exenta Nº 276 del 16 mayo de 2008, aprueba una política de salud en violencia de género, la cual integra algunos de los programas y acciones que este Ministerio ya venía desarrollando en materia de violencia intrafamiliar. Esta política considera como elementos centrales:

- Instalación de la detección sistemática y primera respuesta a la violencia de género.
- Instalación del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia hacia la Mujer en todos los establecimientos de Atención Primaria.
- Aplicación de los indicadores de riesgo vital (peligro de homicidio o lesiones graves) para implementación de procedimientos de protección que permitan evitar nuevos eventos de violencia y el femicidio, en coordinación con Carabineros, Ministerio Público y SERNAM.
- Colaboración con la administración de la Justicia.
- Implementación y monitoreo de la aplicación de las "Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual" vigentes.
- Instalación de Protocolos y/o Programas para la atención especializada que requieren las mujeres que sufren los daños más frecuentes producidos por la violencia de género (salud mental y psiquiatría, traumatología, odontología, ginecología, cirugía, oftalmología) en la perspectiva de incorporarlos al AUGE (Garantías Explícitas de Salud).

En cuanto a la implementación de esta política, cabe señalar que a la fecha el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia hacia la Mujer

aun no se ha instalado en todos los establecimientos de atención primaria existentes en el país, ni tampoco la detección sistemática y primera respuesta a mujeres que viven violencia de género. Este procedimiento se está aplicando en algunos de los servicios de atención primaria que cuentan con el programa de violencia y más recientemente, en un programa piloto dirigido a la detección, primera atención de VIF y tratamiento de algunos tipos de lesiones en mujeres de 15 años y más, consultantes en servicios de urgencia de los hospitales de la Región Metropolitana.

En específico el "Programa piloto para la atención integral de lesiones físicas producto de violencia intrafamiliar" implementado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, en ocho servicios de urgencia de la Región Metropolitana, considera la implementación de tamizaje[6] para detectar situaciones de violencia, primera atención en VIF (acogida, orientación) y el tratamiento de traumatismo de piezas dentarias, lesiones ginecológicas, traumatológicas y oftalmológicas.

En lo referido a la detección de violencia y la primera respuesta a mujeres que viven VIF cabe señalar que durante el transcurso de los meses de marzo a agosto de 2008 el Ministerio de Salud con apoyo de otros organismos del estado, cooperación técnica internacional y sociedad civil ha trabajado en la elaboración de la "Guía Clínica Violencia Intrafamiliar en personas Adultas", la cual esperaba someter a la discusión y aprobación del Consejo responsable de decidir las prestaciones que son cubiertas a través del sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), lo cual finalmente no fructificó.

Respecto de otros servicios proporcionados por el Ministerio de Salud, cabe señalar que en los hospitales e inicialmente en convenio con el Ministerio Público se han instalado Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual, con el objetivo de entregar una atención que evite la re-victimización y facilite los procedimientos judiciales. En la actualidad se encontrarían en funcionamiento 13 salas a nivel del país[7].

6 El test de tamizaje que se aplicó a toda mujer de 15 años y más consultante en los servicios de atención de urgencia de los hospitales de la Región Metropolitana, consideró la realización de las siguientes cuatro preguntas: (1) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida? ¿Sucede actualmente?, (2) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? ¿Sucede actualmente?, (3) ¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual? ¿Sucede actualmente?, (4) Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?
7 Política de Salud en Violencia de Género.

También el Ministerio Público ha creado en las Fiscalías unidades especializadas tales como la "Unidad de Responsabilidad Penal, Adolescentes y Delitos de Violencia Intrafamiliar" y la "Unidad Especializada en Delitos Sexuales y Violentos" (Larraín et al. 2008), a través de las cuales se entrega atención psicológica y jurídica a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

3.2 Políticas Públicas en VIH/SIDA

No existe un programa de prevención y atención del VIH/SIDA dirigido a mujeres, ni tampoco un programa integrado para la atención de violencia y VIH en las mujeres. Las políticas públicas en VIH/SIDA, tanto de prevención como de atención abordan una serie de grupos, donde están incluidas las mujeres, como grupo vulnerable emergente. En relación a las acciones dirigidas hacia las mujeres se ha priorizado por la detección del VIH en embarazadas para prevenir la transmisión vertical, la que gracias al acceso de drogas antirretrovirales, se ha reducido al 1,5% (MINSAL/ONUSIDA, 2008).

3.2.1 En el ámbito de la prevención

Las estrategias de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el gobierno chileno, han estado a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA).

La Estrategia Global de Prevención del VIH y las ITS de la Comisión Nacional del SIDA, se ha planteado el objetivo central de "incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan la transmisión del VIH - ITS y la discriminación con las personas que viven con el virus" (MINSAL 2007:46).

Las estrategias priorizadas han sido:
- Participación: Involucramiento de grupos y actores sociales en la construcción de respuestas y de ciudadanía.
- Intersectorialidad: Potenciación de diferentes enfoques, capacidades y recursos.
- Descentralización: Transferencia de herramientas técnicas y recursos financieros.

La Política de Prevención del VIH/SIDA y las ITS se basa en cuatro elementos:

a) Se fundamenta en investigaciones disponibles para la toma de decisiones y se actualiza para responder con pertinencia a la epidemiología del VIH y ITS, internacional y nacional.
b) Responde a compromisos internacionales suscritos por Chile, como los asumidos en la Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas sobre SIDA (UNGASS), Metas del Milenio y el Proyecto Fondo Global Chile.

c) Se enmarca en el contexto institucional del Sector Salud (Ministerio de Salud) y sus áreas de desarrollo, metas y compromisos. Se aplica en el contexto de la actual Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios definidos al 2010 y en el marco del Modelo de Determinantes de la Salud; entre otros.
d) Se concibe, diseña, implementa y actualiza en el marco de Principios Éticos Orientadores; centrales para el desarrollo de la Política. Entre los más relevantes, podemos señalar: el Derecho a la vida; el Respeto a los valores y creencias de las personas; el Derecho a la decisión en conciencia libre e informada; el Respeto por la dignidad de las personas; el Derecho a la privacidad y confidencialidad; El Derecho a la No discriminación: a la Solidaridad y el Derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles y científicamente comprobados como efectivos.

CONASIDA señala que los ejes en que se intenta intervenir para prevenir el VIH/SIDA son: la gestión de riesgo y la vulnerabilidad de las personas. La gestión de riesgo está determinada "por el conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones de las personas y en la implementación de estrategias de autocuidado." (CONASIDA, s/f: 5) en tanto, la vulnerabilidad de las personas se refiere a "situación personal determinada por el insuficiente o nulo control sobre el propio riesgo de adquirir el VIH/SIDA y alguna(s) ETS(s)" (CONASIDA, s/f:5).

La Estrategia Nacional de Prevención, en lo particular, se ha implementado a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados simultáneamente en 4 niveles que complementan y potencian su quehacer; y que están dirigidos de manera global a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, grupos y sociedad:

- Nivel individual cuyo objetivo es el apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería directa y telefónica.

- Nivel grupal comunitario, cuyos objetivos son socializar aprendizajes en prevención y gestión del riesgo entre pares, y promover ambientes sociales valoradores de la prevención; a través de proyectos con poblaciones más vulnerables y proyectos intersectoriales.

  Para efectos del trabajo preventivo CONASIDA ha definido como Población Vulnerable Prioritaria (PVP) a los hombres que tienen sexo con hombres, poblaciones transgénero, trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad. Las mujeres, las y los jóvenes, personas pertenecientes a etnias, migrantes son definidas como Población Vulnerable Emergente (PVE).

- Nivel masivo: el objetivo central es mantener el alerta social y la percepción de riesgo de la población. En este nivel se encuentran las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo, y el trabajo con comunicadores y con los medios de comunicación. A la fecha se han realizado 9 campañas comunicacionales, solo en algunas de ellas los mensajes se han dirigido a las mujeres.

- Nivel intersectorial: con el objetivo de sensibilizar e incorporar colaborativa y articuladamente a otros sectores de gobierno, ampliando la responsabilidad social frente al VIH/SIDA y las ITS. Las acciones en este nivel se desprenden de los convenios de trabajo con el intersector, tales como INJUV, SERNAM, Gendarmería y MINEDUC.

Así también se han desarrollado los Planes Regionales Intersectoriales (PRI), cuyas actividades se vinculan con los cuatro niveles de acción antes señalados. Los PRI buscan la consolidación de procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que posibiliten la integración y articulación en el nivel local.

En este marco, el género es un eje transversal cuya incorporación se considera en todos los niveles, enfatizando una gestión de riesgo pertinente a la realidad de género y que considere los elementos de vulnerabilidad que le son propios, de acuerdo a las acciones propias de cada nivel. Es así como la categoría de género debiera estar presente en las acciones de nivel individual, grupal comunitario, masivo e intersectorial.

3.2.2 En el ámbito de la atención en salud

El área de Atención Integral de CONASIDA tiene el objetivo estratégico de disminuir la transmisión del VIH/SIDA y las ITS y la discriminación a las personas que viven con VIH en nuestro país. El modelo considera una visión integral del ser humano en sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales, incorporando los avances científicos. Es implementado a nivel local por los equipos profesionales de atención a personas que viven con VIH en los 33 centros de atención de país, en coordinación con organizaciones e instituciones que trabajan en el tema.

3.2.2.1 Estrategias para la Atención Integral a personas que viven con VIH[8]:

- Prevención de la Transmisión Vertical (de madre a hijo/a) del VIH y las ITS.
- Atención profesional en salud en Centros dependientes de los Servicios de Salud Pública.
- Evaluación periódica de la situación inmunológica y virológica de cada persona que vive con VIH y es atendida en el Sistema de Salud público.
- Tratamientos Antirretrovirales, según disponibilidad y protocolo técnico actualizado.
- Prevención y tratamiento de Infecciones oportunistas.
- Apoyo a la Adherencia a tratamientos y controles clínicos.
- Apoyo psicosocial.
- Fomento de la Participación Social de las Personas que viven con VIH.

Con respecto a este último aspecto en el período de enero de 2006 a diciembre de 2007, se desarrollaron 7 iniciativas regionales para apoyar la participación social y liderazgo de mujeres que viven con VIH en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos (MINSAL/ONUSIDA 2008).

3.2.2.2 Acceso a la terapia antirretroviral (TAR)

En el año 1993 se inicia la terapia antirretroviral (TAR) con una droga (monoterapia), posteriormente con dos drogas (biterapia). En el año 1999 se comienzan a distribuir en el Sistema Público de Salud las TAR de alta eficacia (terapias con tres drogas) y en el año 2001 se inicia un programa de acceso expandido a TAR que logra un 100% de cobertura hacia fines del año 2003.

Chile está en una situación privilegiada en comparación con muchos otros países de la región en el acceso a tratamiento antirretroviral con una cobertura que llega al 100% en adultos, niños/as y embarazadas VIH+ beneficiarios del sistema público. Esto porque el año 2005 se integró el tratamiento antirretroviral a las Garantías Explícitas en Salud (GES), asegurando cobertura, oportunidad y protección financiera a las personas diagnosticadas. El año 2005 (decreto 170) se incorporó a GES el tratamiento antiretroviral y el año 2006 (decreto 228) se agregó el tratamiento en la prevención vertical a embarazadas; con lo que se logró la meta del objetivo sanitario, de reducir a 5% la transmisión vertical, por la alta cobertura de acceso a control prenatal, la adecuada oportunidad de ingreso al protocolo farmacológico de prevención y por la alta atención profesional de atención de los partos. Este importante avance en el acceso universal al tratamiento ha producido la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa, al aumento de la sobrevida y la disminución de las enfermedades oportunistas.

Durante el 2008 las políticas públicas en VIH/SIDA y los fondos para la prevención han sufrido un retroceso. Producto de la crisis originada por las personas que se habían realizado el examen de VIH y no habían sido notificadas.

La suspensión de la última remesa del proyecto del Fondo Global en Chile, debido a problemas en la administración de los fondos por parte del Receptor Principal (Consejo de Las Américas y Fundación Ideas), tuvo un impacto directo en CONASIDA, el organismo técnico del Ministerio de Salud para el SIDA, que vio reducido su personal de 23 personas a sólo 4 profesionales de planta, más el personal administrativo.

A raíz de los recortes presupuestarios, no ha habido una adecuada distribución de condones destinados a la prevención del VIH/SIDA, los que son financiados en un 60% con aporte fiscal. Producto de esto, hay escasa disponibilidad de condones para las personas que viven con VIH/SIDA, para quienes ejercen el comercio sexual y para los grupos más vulnerables a la epidemia. Esta situación también ha afectado a otros servicios públicos del país, que se beneficiaban con la entrega de condones por parte de la CONASIDA, tales como Gendarmería y el Instituto Nacional de la Juventud, que han debido suspender los Programas de Prevención basados en la entrega de preservativos[9].

4 LEGISLACIÓN

4.1 Legislación en Violencia

En Chile la legislación vigente se refiere a violencia intrafamiliar y no a la violencia contra la mujer. La Ley N° 20.066, promulgada en octubre de 2005 tiene como objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma, señalando que es deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia.

La nueva ley de violencia incorpora el delito de "maltrato habitual" referido al ejercicio habitual de

8 "Estrategia de Atención Integral a personas que viven con VIH/SIDA". Área de Atención Integral, CONASIDA

9 Declaración pública ASOSIDA y VIVO POSITIVO, 19 de Junio de 2009.

violencia física o psíquica de un miembro de la familia sobre otro; establece la obligación del Registro Civil e Identificación de llevar un registro de las personas que hayan sido condenadas por violencia intrafamiliar; faculta al Servicio Nacional de la Mujer para representar a la víctima cuando los actos de VIF constituyan delito e incluye algunos elementos de política integral, según se establece en su artículo 3°, que señala que el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia, especialmente contra mujeres y niños, y a prestar asistencia a las víctimas, incluyendo la adopción de medidas para dar cumplimiento a lo señalado en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás instrumentos internacionales suscritos por el Estado de Chile; estableciendo que corresponderá a SERNAM proponer al Presidente de la República las políticas públicas para el cumplimiento de los objetivos de la ley, formulando en colaboración con organismos públicos y privados pertinentes un plan anual de acción.

Por su parte la Ley N°19.617 sobre Delitos Sexuales (1999), modificó el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, la Ley sobre Medidas Alternativas a las Privativas de Libertad y el Decreto Ley sobre Libertad Condicional, y se dirige a proteger como bien jurídico la libertad sexual de las personas. Esta ley reconoce el delito de violación y abuso sexual marital y contempla medidas de protección especial dirigidas a cautelar la integridad emocional y física de las víctimas, como también la vigilancia y prohibición para el agresor de acercarse al domicilio, trabajo o colegio de la víctima, y en caso de convivencia la obligación de abandonar el hogar común. Finalmente la Ley N° 20.005 promulgada en marzo de 2005, tipifica y sanciona el acoso sexual e incluye modificaciones en el Código del Trabajo.

4.2 Legislación en VIH/SIDA

En Diciembre de 2001 se aprueba una legislación integral sobre VIH/SIDA, la Ley N° 19.779 que "Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas".

La ley reconoce los derechos de las personas VIH positivas y que viven con SIDA y prohíbe expresamente la discriminación (art. 1), a la vez que explicita el deber del Estado de velar por la atención de salud de estas personas (art 6). Señala que el Estado es responsable de desarrollar las políticas para controlar la extensión de la pandemia y disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población. El Ministerio de Salud es el encargado de la dirección y orientación técnica de las políticas publicas en la materia.

En su artículo 2 señala "estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad como las mujeres y los niños" (Ley N° 19.779).

En su artículo 5, la Ley establece la confidencialidad y voluntariedad del examen para detectar VIH y la firma de un consentimiento informado por parte de la persona. Estableciendo que el resultado debe entregarse en forma personal y reservada, con consejería pre y post examen.

La ley también señala, en su artículo 7° que no podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia ni renovación de sus empleos, ni su promoción a los resultados del examen para la detección del VIH, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen.

Tanto para las violaciones a las estipulaciones del artículo 5° como del 7°, la ley establece multas como sanciones.

Esta ley no establece responsabilidades penales por la eventual transmisión del VIH como es la tendencia actual en algunos países.

4.2.1 Ley 19.966 Garantías Explicitas en Salud (GES)

Establece una serie garantías en salud para diversas patologías graves que afectan la salud de la población entre las cuales se agregó al SIDA, estableciéndose garantías en relación a: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

4.2.2 Garantías de acceso

4.2.2.1 Tratamiento y exámenes:

El plan AUGE garantiza el acceso a tratamiento antirretroviral tanto a adultos como a niños. También se garantiza el acceso a tratamiento para la prevención de Transmisión Vertical a todas las mujeres embarazadas, con cobertura del 100%. En cuanto a los exámenes, en el contexto del plan AUGE se garantiza el acceso a la realización de exámenes específicos que permitan un mayor conocimiento de la situación de salud en que se encuentra la persona, que a su vez permita adecuada oportunidad para el inicio de tratamiento en caso de requerirse, conocer su efectividad y cambio de esquema en caso de ser necesario. Los exámenes a los que se garantiza el acceso son Carga Viral, recuento de linfocitos CD4 y genotipificación.

4.2.2.2 Acceso a la Prevención de la transmisión vertical

- Oferta del Test de Elisa a las embarazadas, a partir del 2° control, con consejería y consentimiento informado por escrito.
- Oferta de Test Rápido en preparto a embarazadas que no se hayan realizado el Test de Elisa, con consejería y consentimiento informado.
- Inicio de TAR a partir de semana 24 de gestación o al momento del diagnóstico, si ocurriera después.
- Cambio de TAR en embarazadas que se encuentran en tratamiento, dentro de 3 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.

4.2.3 Garantía de Oportunidad

Garantiza el inicio de tratamiento precoz y el cambio precoz de TAR con medicinas de primera y segunda línea respectivamente a los 7 días de indicado por médico tratante. También se garantiza el inicio del tratamiento no precoz y el cambio de la TAR, con medicinas de primera y; segunda o tercera línea respectivamente a los 7 días desde que se recibe la aprobación de la Subsecretaría de Salud Pública.

4.2.4 Garantía de Protección Financiera

Establece el 100% de cobertura para beneficiarios/ias del sistema público de salud en: terapias antirretrovirales, exámenes Carga Viral, Recuento Linfocitos CD4 y genotipificación, profilaxis y tratamiento de enfermedades oportunistas, fármacos para tratamiento de enfermedades oportunistas. Para beneficiarios/as del sistema privado de salud, establece un co-pago del 20% en la TAR y exámenes.

4.2.5 Garantía de Calidad

Se garantiza la calidad de las prestaciones en salud dirigidas a las personas que viven con VIH, particularmente en lo referido al acceso a TAR. En base a los estudios y evidencia científica disponible se han diseñado diversos esquemas de TARV, contenidos en la Guía Clínica de Atención a PVVIH, donde se definen las combinaciones de fármacos, dosis y alternativas disponibles en razón de la efectividad alcanzada, tolerancia y condiciones específicas que representa cada caso.

5 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

5.1 Protocolos de Atención en Violencia

En 1998 se elabora el "Manual de Apoyo Técnico para las Intervenciones en Salud en Violencia Intrafamiliar, constituyéndose en el primer instrumento dirigido a entregar orientaciones desde la autoridad de salud en esta materia.

En el año 2004 se elaboran la "Guía Clínica para la Atención Primaria: Violencia Intrafamiliar, Detección, Diagnóstico y Tratamiento" y el "Manual para Atención Primaria: Intervención Psicosocial de grupo para el Tratamiento de la VIF", ambos instrumentos apoyan la implementación del Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en establecimientos de Atención Primaria, puesto en ejecución ese mismo año.

También en el año 2004 se elaboran las "Normas y Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual", que incorporan las orientaciones para la entrega de anticoncepción de emergencia y la prevención post exposición para el VIH a las mujeres violadas.

5.2 Protocolos en VIH

En 1996 se implementa formalmente el protocolo ACTG 076, con financiamiento estatal y cobertura completa para la prevención de la transmisión vertical del VIH, es decir, para disminuir la probabilidad de que los hijos(as) de mujeres que viven con VIH adquieran este virus durante el embarazo, el parto o la lactancia (que en estos casos se sugiere suspender).

El año 2005, en el mes de Agosto se establece la norma para la prevención de la transmisión vertical del VIH. El objetivo principal de la norma, es reducir la transmisión vertical a un 1%, a través de 4 grandes áreas de acción (MINSAL/UNICEF 2008), estas son:

- Detección universal de la infección por VIH en las embarazadas.
- Reducción de la carga viral de la madre a niveles indetectables.
- Reducción de la exposición del recién nacido a través de los fluidos (sangre, líquido amniótico, secreciones).
- Eliminación e la exposición al virus del recién nacido a través de la leche materna.

Las actividades más importantes para la prevención vertical del VIH establecidas en la norma son:

5.2.1 Durante el embarazo

- Detección precoz de la infección, test Elisa antes de las 20 semanas.
- Realización del test en forma voluntaria y confidencial, con consentimiento informado por escrito y consejería.

- En los casos positivos, TAR durante el embarazo y exámenes de carga viral.

5.2.2 Durante el parto

- Test rápido en aquellas mujeres sin pesquisa previa.
- TAR a la madre, antes del parto.
- Cesárea programada a las 38 semanas (parto vaginal solo casos especiales: con trabajo de parto iniciado y carga viral menor a 1.000 copias/ml).
- Supresión de la lactancia materna.

5.2.3 Recién nacido y lactante

- Lactancia artificial, supresión de la lactancia materna.
- Diagnóstico de VIH y confirmación diagnóstica con examen PCR.
- TAR de prevención a partir de las 8 a 12 horas de recién nacido.

De acuerdo a un estudio reciente de evaluación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH (MINSAL/UNICEF 2008) realizado por CONASIDA, para el año 2006 existe solo un 55% de mujeres embarazadas que se han hecho el test de VIH, por lo tanto un 45% de las embarazadas no ha accedido al examen y por ende al protocolo de prevención, brecha que no puede ser real y se explicaría por un registro deficitario a juicio de las investigadoras.

El estudio encontró que la aplicación del protocolo de prevención está centrado en la prevención de la infección del recién nacido, ya que en la consejería pre test "no se incluye un mensaje explícito respecto del beneficio y de la necesidad de protección de la mujer, resultando una importante oportunidad perdida para la educación del autocuidado, la prevención de conductas de riesgo" (MINSAL/UNICEF 2008:143).

Por otra parte, habría un nivel de acuerdo en las opiniones tanto de las usuarias como de las/os profesionales de la salud de todos los niveles estudiados, que el consentimiento informado no es necesario, y que más bien debiera hacerse el examen obligatorio a las embarazadas dentro de la batería de exámenes de rutina que se les hacen durante el embarazo.

El documento "Garantías Explícitas de Salud (GES). Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA (2005)" se complementa con la "Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con VIH/SIDA". La primera Guía dice relación con las garantías en salud que el estado chileno asegura a las personas que viven con VIH/SIDA y la prevención de la transmisión vertical del VIH, detallando el acceso a tratamiento de las personas que viven con VIH y SIDA, criterios de inclusión, esquemas de tratamiento, cambios de esquemas de tratamiento, exámenes, garantías de oportunidad, calidad y protección financiera. La segunda Guía es previa y establece el tipo de drogas existentes en Chile, establecimientos donde se atienden las personas y servicios psicosociales que ofrece el Modelo de Atención Integral.

6 ESTADO DEL ARTE

Cabe señalar que no hay estudios que se propongan levantar información sobre los vínculos en ambas epidemias, por lo que en este apartado se recogen algunos antecedentes aportados por estudios más o menos recientes que han levantado información que podría ser útil para los fines de este proyecto.

6.1 Estudio "Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA, ¿Derechos Sexuales y Reproductivos?," VIVO POSITIVO, FLACSO y Universidad ARCIS, 2004 (Vidal et al 2004)

Este estudio entrega un primer antecedente de la ligazón entre la Violencia y el VIH. El estudio se realizó con una muestra de 100 mujeres que viven con VIH/SIDA de 8 regiones del país, aplicando una encuesta que incluyó tres preguntas dirigidas a identificar experiencias de violencia en el transcurso de la vida, (pregunta 28), etapa de la vida en que vivió alguna forma de violencia (pregunta 29) y presencia de violencia en su relación de pareja actual (pregunta 47).

Los resultados del estudio muestran que un 77% de las mujeres que viven con VIH/SIDA han sufrido violencia en el transcurso de sus vidas. De ellas, un 92,2% reporta maltrato psicológico; 74% maltrato físico, 39% abuso sexual y 33,8% violación.

Respecto al responsable del maltrato, este estudio concluye que en el 30% de los casos en que las mujeres reportan Abuso Sexual este fue cometido por su pareja, otro 30% señala haber sido abusada por un familiar que no es el padre ni la pareja y un 16,7% indicó haber sido abusada por su padre.

En los casos de violación el mayor porcentaje se concentra en la pareja, en un 34,6% de los casos, en un 26,9% este delito fue cometido por un familiar, en el 23,1% por un desconocido o no familiar, y en un 11,5 % por el padre.

En cuanto a la presencia de violencia en su actual

relación de pareja, las cifras disminuyen drásticamente, ya que un 82,5% declara que no ha vivido situaciones de violencia en su relación de pareja actual. Entre las mujeres que actualmente viven violencia con sus parejas, un 100% reporta violencia psicológica y un 27,3% violencia física.

6.2 Estudio cualitativo "Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riegos frente al VIH/SIDA", investigación del MINSAL ejecutada por FLACSO, 2006 (MINSAL/FLACSO 2006)

En relación a factores de riesgo y vulnerabilidad en las experiencias de las mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular, en este estudio se identifican comportamientos y situaciones que contribuyen a aumentar su exposición al riesgo, en la cual uno de ellos es la violencia en la pareja.

La pareja se constituye como espacio de vulnerabilidad por la dependencia económica, como por la violencia en todas sus formas. Menos generalizada que la violencia psicológica fue el reconocimiento de la violencia física. La mayoría de las mujeres señaló haber vivido violencia psicológica y física ella, los hijos/as y entre cónyuges también. Mayoritariamente se reconoce la violencia psicológica de parte de sus parejas.

Las mujeres dueñas de casa como las trabajadoras de casa particular, declaran que la "dinámica" que adquiere el primer evento de violencia física en la pareja y la "actitud" que tome la mujer para enfrentarlo y resolverlo, parece ser un elemento clave para la erradicación o persistencia de los episodios de violencia a futuro. No obstante, el riesgo de estas afirmaciones es depositar la responsabilidad del término de la violencia en las personas afectadas.

La violencia sexual es naturalizada como parte de los deberes conyugales de parte de las mujeres cuando ellas no tienen "ganas", siendo subestimada, asignándoles una valoración neutra y no necesariamente negativa.

De acuerdo a este estudio, otros comportamientos y situaciones que contribuyen a aumentar su exposición al riesgo son:

- El ordenamiento cultural que coloca a las mujeres en una situación de subordinación frente a los hombres, orden de género, junto a su situación de pobreza y escasez, tanto económica como social y cultural.
- Aspectos críticos en el ámbito de la sexualidad: satisfacción sexual, comunicación con la pareja y prácticas de infidelidad.
- Escaso conocimiento sobre el VIH/SIDA.
- Escasa percepción del riesgo a contraer ETS y VIH/SIDA.
- Escasa utilización del condón y la negociación de su uso.

El estudio también señala algunos caminos potenciales para la prevención:

- La importancia que tienen los hijos/as para las mujeres a partir de lo cual revelan interés y preocupación por el tema como una oportunidad para la prevención.
- La importancia de la información y la voz autorizada de los profesionales de la salud.
- La importancia de campañas comunicacionales.
- La importancia de las conversaciones sobre sexualidad y VIH/SIDA.
- La importancia de generar estrategias preventivas con los hombres.
- La importancia de los recursos que entrega a las mujeres la participación social.

7 ACCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

7.1 Acciones en Violencia

La sociedad civil y en específico el movimiento de salud de las mujeres y organizaciones feministas han tenido un rol fundamental en el posicionamiento de la violencia contra las mujeres como un problema público y un problema de derechos humanos, exigiendo al Estado una respuesta conforme a los compromisos suscritos por el país a nivel internacional. Las acciones realizadas son de variado tipo como campañas, movilizaciones, trabajo de sensibilización en el nivel local, regional y nacional, como también a través de la generación de conocimiento, diseño de propuestas de intervención y abogacía dirigida a incidir en el desarrollo y evaluación de la legislación y políticas públicas dirigidas a su enfrentamiento, incluyendo el monitoreo de tales políticas.

Cabe señalar que la promulgación de la primera Ley de violencia (N°19.325) en el año 1994 tuvo como antecedente una amplia movilización de las organizaciones de mujeres y el desarrollo de propuestas dirigidas a lograr una legislación que permitiera sancionar la violencia contra las mujeres, lo cual encontró serios obstáculos, prueba de ello es que la ley que se promulgó se refiere solo a violencia intrafamiliar, la que se reconoce como falta y no como delito. En los años siguientes las organizaciones ciudadanas de mujeres desarrollaron iniciativas tendientes a documentar las limitaciones que tuvo la aplicación de esta ley, lo que finalmente llevó a su reemplazo por la Ley 20.066 actualmente

vigente, la que también tiene como objeto la violencia intrafamiliar, pero incluye el delito de maltrato habitual y algunas orientaciones que podrían dar lugar a la generación de políticas más adecuadas para responder a este problema. Esta ley está siendo objeto de monitoreo y ya se han hecho públicas las limitaciones que muestra, en orden a garantizar el acceso a justicia por parte de las mujeres que denuncian violencia, como en la eficacia de las medidas de protección que contempla, entre otros aspectos.

Desde las ONG se han desarrollado investigaciones dirigidas a conocer la prevalencia de la violencia en comunas, como a conocer percepciones respecto de violencia y evaluar la respuesta pública[10]. Un trabajo muy importante en este ámbito fue el desarrollado por La Morada en orden a hacer visibles los asesinatos de mujeres como la expresión más brutal de la violencia de género, para ello investigó en los archivos judiciales y la prensa, llegando a establecer la existencia de 84 femicidios entre los años 2001-2002, de los cuales 28 correspondían a femicidio íntimo, es decir, asesinatos perpetrados por un hombre con quien la víctima tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia u otras afines, y que fueron consumados habitualmente después de reiteradas agresiones y amenazas de muerte (La Morada 2004).

Los resultados de esta investigación fueron ampliamente difundidos y el movimiento de mujeres logró posicionar el femicidio como la expresión más brutal de la violencia contra las mujeres. En los años posteriores las organizaciones de la sociedad civil han continuado haciendo seguimiento a estos hechos y actualmente el femicidio es un problema visible para el sector salud, para SERNAM y para los medios de comunicación. No obstante, aun no se operan cambios en los sistemas de registros de tal forma de tener estadísticas confiables y reconocer la violencia como una causa de las muertes por razones externas.

Una de las consecuencias que ha sido posible observar producto de las limitaciones que presenta la actual legislación y su aplicación por parte de los Tribunales de Familia y Fiscalías, es que la institucionalidad vigente no ha sido capaz de sancionar la violencia y proteger efectivamente la vida de las mujeres que denuncian. La constatación de muertes de mujeres que habían denunciado e incluso que tenían medidas de protección, posibilitó la ejecución de un proyecto piloto por parte de la Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual, realizado en conjunto con Carabineros de Chile, organismo que recepciona la mayoría de las denuncias, dirigido a modificar el parte denuncia de modo que este sea un instrumento útil para la evaluación de la gravedad de la situación denunciada, del riesgo de femicidio y consecuentemente, un alerta para acelerar los procedimientos destinados a la protección de las mujeres. En el 2007 este parte se había implementado solo en algunas de las prefecturas de la Región Metropolitana y se requería del acuerdo del Ministerio Público para su implantación a nivel de país.

Muchas de las organizaciones que integran la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual han sido pioneras en el desarrollo de servicios dirigidos a la atención de mujeres que viven violencia, siendo precursoras en la creación de Casas de Refugio para mujeres en situación de riesgo de vital a causa de la violencia.

En el ámbito del diseño y evaluación de modelos de intervención en violencia, desde la sociedad civil se han desarrollado experiencias patrocinadas por la cooperación internacional y coordinadas con los servicios de salud en orden a implementar modelos para la atención de la violencia en el nivel primario de atención (2003) y más recientemente en el año 2007, el Centro Clínico y de Investigación Corporación La Morada con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas ejecuta el "Proyecto Modelo de Atención Nivel Secundario en Violencia hacia la Mujer", los que constituyen un insumo importante para el diseño de programas y políticas públicas en materia de violencia.

En el año 2004 se crea el Observatorio de Equidad de Género en Salud, un instrumento de la sociedad civil dirigido a ejercer seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, y que fue desarrollado con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en el marco del proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile (segunda fase). En el año 2005 se instala el Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, Región de La Araucanía el cual se constituye en un espacio de análisis, reflexión y seguimiento de las inequidades de género que vivencian las mujeres mapuches y no mapuches de la región.

El Observatorio de Equidad de Género en Salud ha seleccionado ocho campos de observación entre

10 Algunos de las publicaciones que dan cuenta de estos estudios e investigaciones son: "Violencia Sexual Conyugal y oferta pública de servicios para su atención", Fundación EPES (2001); "Femicidios en la Araucanía. Develando la violencia extrema contra las mujeres", Centro de las Mujeres Temuco (2003); "Carencias que duelen. Servicios para mujeres y niñas afectadas por violencia sexual en Chile". Carolyn Bain y M. Angélica Yañez Arce compiladoras. (2002); Violencia sexual conyugal, estereotipos de género y orientaciones para la prevención", Fundación EPES (2005), "Estudio comparado sobre violencia intrafamiliar en 6 comunas de la provincia de Cautín", Corporación de Servicios y Asesoría técnica y de Desarrollo de Mujeres Mapuche "Aukiñko Zomo" (2008).

los que se encuentra el de "Componentes específicos de la situación de salud"[11], en el cual la sociedad civil ha priorizado la violencia de género, en sus expresiones de violencia sexual y violencia doméstica. Para cada uno de los campos de observación y componentes específicos, se han definido indicadores que permiten el monitoreo de las políticas públicas en función de evaluar su avance en la incorporación de acciones y mecanismos orientados a la equidad de género en salud.

Este Observatorio ha cumplido un rol central en la difusión de información y de las propuestas de la sociedad civil para abordar la violencia contra las mujeres, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, los daños en la salud producto del trabajo, así como en los otros campos de observación, los que en su conjunto permiten mostrar las inequidades existentes en el ámbito de la salud. Específicamente en el ámbito de la violencia de género, los informes 2005 y 2006 divulgaron evidencia acerca de las limitaciones existentes en su abordaje, relevando la necesidad de una política nacional integral e intersectorial dirigida a abordar el problema, un resultado de este esfuerzo, es que en el 2007 algunas de las propuestas surgidas desde la sociedad civil fueron incorporadas en la actual Política de Salud en Violencia de Género del Ministerio de Salud.

La movilización y sensibilización ha sido un trabajo permanente de las organizaciones que integran la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Es así que en el año 2005 y 2007 se realizan marchas nocturnas dirigidas a denunciar la violencia y el femicidio. En el 2008 la campaña enfatizó la denuncia de la violencia sexual, señalándose en el lanzamiento de la campaña que "En los 42 femicidios ocurridos en 2008, al menos 15 mujeres habían denunciado ante los organismos competentes la violencia que sufrían por parte de sus parejas. A 6 de ellas se les había otorgado una medida cautelar que prohibía el acercamiento del agresor a la mujer. BASTA de impunidad. El FEMICIDIO es expresión extrema de violencia contra las mujeres, resultado de la descalificación, el maltrato, el abuso y la violencia sexual como formas de poder sobre las mujeres" (Red chilena contra la violencia doméstica y sexual 2008).

7.2. Acciones de la sociedad civil en VIH

En el ámbito de acciones de la sociedad civil de alcance comunitario están las acciones desarrolladas por la Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA, una red de organizaciones de mujeres pobladoras con trabajo en salud, de la cual EPES forma parte y que desarrolla su trabajo en la comuna de El Bosque, en la ciudad de Santiago de Chile. La Red Comunal ha realizado numerosas actividades de capacitación como talleres y jornadas para mujeres, dirigidas a la prevención del VIH desde una perspectiva de derechos. Las acciones también han considerado la participación y capacitación de trabajadores de salud de los 5 Centros de Salud de la comuna El Bosque. En los años 1995 y 1996, la Red Comunal junto a EPES implementaron dos jornadas masivas con más de 200 mujeres cada una en la comuna de el Bosque, la segunda de ellas vinculó la pandemia del VIH/SIDA con la violencia contra las mujeres. En los últimos años, la Red ha desarrollado talleres y jornadas educativas sobre prevención de VIH/SIDA, considerando la violencia como un factor de riesgo para la adquisición del VIH entre mujeres pobladoras.

Durante los años 90, el Foro Abierto de Derechos Sexuales y Reproductivos, una red nacional de organizaciones, instituciones y mujeres activistas por los DDSSRR realizó campañas nacionales, investigación y desarrolló materiales educativos sobre la problemática de SIDA y Mujer en todo el país. En la actualidad, esta Red se encuentra debilitada por la falta de recursos económicos.

Desde la sociedad civil también se han conformado organizaciones y redes que agrupan a personas que viven con VIH, que desarrollan acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. En el caso de VIVO POSITIVO una de las organizaciones con alcance nacional, su trabajo de prevención se articula con CONASIDA y con los servicios de salud responsables de la provisión de los tratamientos antirretrovirales, asumiendo un rol fundamental en la formación de consejeros, los que brindan apoyo a las personas viviendo con VIH, tanto en los servicios de salud donde la consejería entre pares ha sido incorporada a la estrategia de intervención del sector salud, como también, en las sedes de que dispone esta institución, en donde la consejería se extiende a familiares y amigos proporcionando información, contención y orientación.

Esta organización cuenta con un área mujer, responsable de velar por la transversalización del enfoque de género en todas las líneas y áreas de trabajo de VIVO POSITIVO. Sus acciones específicas se dirigen a la capacitación de las mujeres y agrupaciones miembros en derechos sexuales y reproductivos, género, sexualidad, liderazgo y participación ciudadana; a la generación de espacios de encuentro de las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA; a la implementación de estrategias de control

11 Los componentes específicos de la situación de salud que se incluyen son: Salud Sexual. Salud Reproductiva-Anticoncepción-Embarazo-Parto-Aborto: Salud reproductiva - Cánceres del aparato reproductivo. Violencia de Género-Violencia Sexual- Violencia Doméstica. Salud Mental-Perfíl-Acceso. Salud y Trabajo-Perfil de Salud Ocupacional- Acceso y Políticas.

ciudadano en la temática de derechos sexuales y reproductivos; al desarrollo de actividades de promoción del condón femenino para su incorporación como política pública; al establecimiento de alianzas con el movimiento de salud de las mujeres y otras expresiones asociativas de las mujeres. También es de su responsabilidad la representación en Chile del Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+).

Existe también una red que agrupa a las organizaciones con trabajo en VIH/SIDA, ASOSIDA, entre ellas ONGs y grupos comunitarios con trabajo en la problemática, cuya misión es la de constituir una fuerza asociativa de relaciones entre organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA, destinada a disminuir el impacto social de la epidemia en Chile, mediante la reflexión colectiva, la movilización de recursos y el desarrollo de propuestas que profundicen y amplíen la participación de la sociedad civil. ASOSIDA agrupa a 55 organizaciones a nivel nacional en 5 regiones del país y a pesar de que existen organizaciones que trabajan la prevención del VIH con mujeres, esta problemática no ha sido relevada en sus planes de trabajo.

Ambas redes, ASOSIDA y VIVO POSITIVO junto al Ministerio de Salud gestionaron un proyecto al Fondo Global de lucha contra el SIDA por 5 años por un monto de US$38.000.000 que abordaba la prevención, el acceso a medicamentos y el fortalecimiento de la sociedad civil en Chile, que terminó abruptamente con la retención de la última remesa desde el Fondo Global.

Otra organización con una amplia red de asociados es el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) que se constituye en torno al objetivo de luchar por una transformación cultural y jurídica que sea reflejo del respeto a la diversidad y la no discriminación para una ciudadanía plena. Esta organización cuenta con un Centro de Apoyo y Consejería entre pares y con apoyo de profesionales, atendiendo consultas relacionadas con los procesos de construcción y aceptación de la identidad sexual y en temas de salud y prevención. En el ámbito de la prevención su trabajo se orienta a promover la salud integral en la población gay, lésbica y trans; generando instancias de discusión y debate en torno a las políticas de salud pública y coordinando talleres de capacitación dirigidos a las distintas identidades homolésbicotrans.

Desde Marzo de 2006, funciona el Observatorio de Género y Equidad, formulado con el respaldo de un gran número de organizaciones y ONG´s de mujeres, tanto chilenas como de otros lugares de América Latina. Es un espacio y un instrumento de instituciones y organizaciones de mujeres de la sociedad civil chilena destinado a la reflexión, monitoreo y evaluación del proceso político iniciado con el Gobierno de Bachelet y su agenda de equidad de género y social.

A comienzos del 2009, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró la acción legal iniciada varios años antes por una mujer chilena que vive con VIH/SIDA, por haber sido esterilizada sin su consentimiento en un hospital público. El recurso fue presentado por el Centro de Derechos Reproductivos y la agrupación chilena VIVO POSITIVO en nombre de esta mujer de 27 años de edad. En el mismo se denuncia que ésta fue esterilizada debido a su estatus seropositivo, sin que los médicos hubiesen discutido el tema con ella ni solicitado su autorización[12]. El país fue penalizado y constituye el primer antecedente sobre esta práctica que parece ser bastante común, pero sobre la que no existen referencias.

Desde finales de 2008 y principios del 2009, se generó un desplome social de las organizaciones que venían trabajando de manera coordinada con el Gobierno, en una respuesta integral e intersectorial a la pandemia. Ante la disminución de los fondos para el VIH/SIDA, la entrega de recursos a regiones dejó de llegar y con ello las personas de la sociedad civil que trabajaban como consejeros/as entre pares, y quienes formaban parte de las mesas intersectoriales para las campañas regionales dejaron de recibir el aporte necesario para continuar realizando sus funciones. Además, producto del término de la ayuda internacional a Chile a través del Fondo Global, muchas de estas Organizaciones de la Sociedad Civil se han visto en una crisis de sustentabilidad al carecer de recursos para seguir funcionando, debilitando su incidencia.

8 ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

8.1 Asignación presupuestaria en Violencia

No se encuentra disponible la información referida a asignaciones presupuestarias destinadas al abordaje de la violencia contra las mujeres, no obstante, es posible presumir que los montos asignados por el Ministerio de Salud, como por SERNAM han ido aumentando conforme se han implementado nuevos servicios.

12 Para más detalles ver: www.reproductiverights.org. Center for Reproductive Rights. Extraído el 2 febrero 2009

8.2. Asignación presupuestaria en VIH/SIDA en mujeres

En el año 2007 el 12,8% del presupuesto destinado al Programa Nacional de Prevención y control del VIH/SIDA-ITS corresponde a aportes del Fondo Global y un 87,2% corresponde a aporte fiscal. El aporte nacional en el año 2007 alcanzó a US$ 30.380.374 (M$15.900.784 de pesos), mientras que el aporte del Fondo Global corresponde a US$4.475.265 (M$2.342.309). (MINSAL/ONUSIDA 2008:25)

De acuerdo a un estudio de tendencias del gasto en VIH/SIDA, las mujeres embarazadas han sido definidas como uno de los 12 grupos meta o población vulnerable[13], hacia quienes está dirigido el gasto, representando en el 2004 un 5,1% del gasto en VIH/SIDA por grupo meta, ocupando el 4° lugar después de las personas que viven con VIH, las personas que viven con SIDA y población general. (CONASIDA 2007) En el año 1999, las mujeres embarazadas también ocupaban el 4° lugar con un porcentaje del gasto por grupo meta de un 14,5%. A pesar de que los recursos han aumentado en general, la mayor concentración del gasto se ha producido en las personas que viven con VIH para solventar sus tratamientos.

13 Los otros grupos meta son: personas que viven con VIH, personas que viven con SIDA, niños en riesgo de transmisión vertical, niños y jóvenes en riesgo, hombres que tienen sexo con hombres, donantes de sangre, personal de salud, población militar, población privada de libertad, población general y trabajadores de comercio sexual.

II DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS ENCUESTADAS

1 PERFIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Este perfil incluye la edad de las encuestadas, el tipo de localidad en que viven, la etnia a la que pertenecen, su estado civil, situación de pareja actual, el número de hijos, sus niveles de instrucción, su participación en el trabajo, sus ingresos económicos, el tipo de vivienda que habitan y los niveles de hacinamiento.

En cuanto a la edad, podemos decir que las mujeres encuestadas fluctúan entre los 20 y 64 años, con un promedio de 41 años, siendo su edad típica 38 años. La tabla a continuación muestra la distribución según rangos etáreos:

Tabla Nº 5: Edad según rangos etáreos

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
5-19	0	0,00
20-24	3	2.94
25-29	7	6.86
30-34	11	10.78
35-39	28	27.45
40-44	19	18.63
45-49	16	15.69
50-54	9	8.82
55-59	6	5.88
60-64	3	2.94
Total	102	100

Al agrupar las edades de las mujeres encuestadas por etapas de la vida, se puede apreciar que un 79,41% de ellas se encuentran en etapa adulta, mientras que un 20,59% en la etapa de la juventud, es decir tienen entre 19 y 34 años.

Respecto del lugar de residencia un 93,1% de las mujeres encuestadas habita en localidades urbanas, mientras que un 6,9% lo hace en zonas rurales.

En lo relativo a su pertenencia étnica, sólo el 2,9% de las mujeres encuestadas dice pertenecer a etnias específicas como mapuche, afrodescendiente y mestiza.

Un 58,8% de ellas actualmente tiene una relación de pareja y un 49% vive con su pareja actual. La tabla siguiente ilustra lo dicho:

Tabla Nº 6: Tiene pareja actualmente

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	58,8
No	41	40,2
No contesta	1	1,0
Total	102	100,0

Cabe destacar que los datos muestran una alta asociación entre el estado civil y la vida en pareja, es decir, hay una tendencia en las encuestadas a tener pareja o estar casada y vivir con esa pareja, como también a ser soltera y no tener pareja actualmente.

Respecto de la asociación entre la edad de las encuestadas y vivir o no en pareja, se puede apreciar que la tendencia del grupo encuestado es a vivir en pareja, aunque respecto del grupo etáreo de 50 y más años, la tendencia es vivir sin pareja.

Por otra parte, es posible decir que un 83,3% de las mujeres encuestadas vive con sus hijos e hijas, mientras que un 16,7% no lo hace. La tabla siguiente muestra las diferentes situaciones:

Tabla Nº 7: Vida en pareja y con hijos

	Vive con sus hijos e hijas	No vive con sus hijos e hijas
Vive con pareja o esposo	45,09%	3,92%
No vive con pareja o esposo	38,23%	12,74%

De las 85 mujeres encuestadas que viven con hijos/as, un 71,76% vive con uno o dos, un 24,70% vive con tres o cinco hijos/as, y un 2,35% con más de cinco hijos/as. Cabe señalar que una mujer no informó con cuantos hijos/as vivía.

2 INSTRUCCIÓN

El 96,1% de las mujeres encuestadas sabe leer y escribir, aunque dos mujeres señalaron sólo poder leer o escribir; primando el nivel de estudios

secundarios completos (30,4%) e incompletos (27,5%). La tabla siguiente muestra la distribución de los niveles de instrucción de las encuestadas:

Tabla Nº 8: Nivel de estudios

Válidos	Frecuencia	%
Ninguno	1	1,0
Primaria incompleta	15	14,7
Primaria completa	12	11,8
Secundaria incompleta	28	27,5
Secundaria completa	31	30,4
Enseñanza técnico profesional incompleta	1	1,0
Enseñanza técnico profesional completa	7	6,9
Estudios terciarios universitarios incompletos	1	1,0
Estudios terciarios universitarios completos	6	5,9
Total	102	100,0

En términos generales se puede señalar que el promedio de años de escolaridad de las encuestadas (10,3 años) es coincidente con los datos nacionales aportados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2006, que indica que en la población de 18 años y más, tiene un promedio de 10,2 años de estudios. Correspondiendo a 10,6 años en zonas urbanas y presentándose diferencias intergeneracionales a favor de las/os jóvenes, ya que estas/os tienen en promedio 12,3 años de estudio, mientras que la generación de sus padres (la población de 45 a 64 años) tiene en promedio 10,3 años de escolaridad en las zonas urbanas.

3 TRABAJO

Como se aprecia en la tabla a continuación, un 96% de las mujeres encuestadas trabajaron alguna vez de manera remunerada, mientras que un 38% lo hace en la actualidad.

Esto indica que la frecuencia de trabajo remunerado ha caído en un 57,9%, en estas mujeres, con la consiguiente pérdida de autonomía económica en su vida actual. Cabe señalar que no existe una asociación significativa entre el nivel de estudios y el desarrollo de un trabajo remunerado en la actualidad[14].

Al respecto cabría preguntarse si el hecho de que las mujeres no trabajen remuneradamente tiene relación con el VIH, posibles experiencias de violencia u otros factores similares.

Del total de encuestadas que trabaja actualmente de modo remunerado, un 20,51% lo hace por cuenta propia, y un 79,48% trabaja como empleada. Sin embargo, sea que trabajen por cuenta propia o como empleadas, la mayoría, es decir un 77,5%, laboran en servicios o como obreras.

Tabla Nº 9: Actividad laboral

	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trabajó remuneradamente	98	96,10	4	3,90
Trabaja en la actualidad	39	38,20	63	61,80

Cabe señalar que el porcentaje de encuestadas insertas en el mercado laboral (38,2%), es cinco puntos porcentuales menor a lo que muestra la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica 2006 (CASEN), que indica que la participación de las mujeres en el trabajo remunerado a nivel nacional alcanzaría al 43,2%.

La comparación del porcentaje de desocupadas por grupo etáreo con los resultados que aporta la Encuesta CASEN 2006, permite señalar que los niveles de desocupación entre las participantes en el estudio, son bastante superiores a los que presenta la Región Metropolitana en todos los grupos etáreos, exceptuando al grupo de 20 a 24 años en que la desocupación afecta al 1,96% de las mujeres encuestadas, mientras que en la Región Metropolitana alcanza al 14%.

La desocupación es especialmente alta en el rango de 35 a 44 años, ya que afecta al 29,41% de las encuestadas, mientras que en la Región Metropolitana alcanza al 5%, según la CASEN 2006.

En el grupo etáreo de 45 a 54 años, la desocupación alcanza al 13,72% de las mujeres encuestadas, mientras que según la encuesta nacional en la RM corresponde al 4,4%. También es más elevado el porcentaje de desocupadas entre las mujeres de 25 a 34 años, ya que afecta al 10,78%, de las encuestadas, mientras que a nivel regional alcanza al 6,9% de la población de este grupo de edad.

La menor inserción en el mercado laboral que presentan las mujeres participantes del estudio, en relación a las cifras que aporta la encuesta CASEN 2006, no se debería a la edad de las mujeres, ya que el cálculo estadístico de asociación entre ambas variables, no muestra que exista asociación entre la edad de las mujeres encuestadas y el hecho de realizar en la actualidad un trabajo remunerado[15].

Tampoco se encontró una asociación significativa entre participación en el trabajo remunerado y estado civil[16]. No obstante, la tabla a continuación muestra que es más frecuente que las mujeres casadas o que viven en pareja no trabajen, por el

14 El valor de esta asociación es de 0.556, considerándose significativas aquellas que fluctúan entre 0,000 y 0,009.

15 El valor de esta asociación es de 0.821.

contrario es más habitual que las mujeres viudas trabajen remuneradamente.

Tabla Nº 10: Trabajo remunerado según estado civil

		Casada /vive en pareja	Soltera	Divorc. /separada	Viuda	Total
Trabaja actualmente de forma remunerada	**Si**	9	15	3	12	39
	No	25	23	6	9	63
Total		34	38	9	21	102

4 INGRESOS

Respecto de los ingresos económicos del hogar, se observa que en un 38,2% provienen desde la propia mujer, es decir son mujeres jefas de hogar, lo que agrega otra vulnerabilidad a sus vidas.

En una proporción levemente mayor desde su pareja o esposo (39,2%). En menor medida, los ingresos son aportados por la madre o el padre de la encuestada (15,7%).

Tabla Nº 11: Aporte de mayores ingresos al hogar

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tu misma	39	38,2	38,2
Esposo/pareja	40	39,2	77,5
Padre/madre	16	15,7	93,1
Hijo/a	4	3,9	97,1
Cuñado	1	1,0	98,0
Ayuda familiar	2	2,0	100,0
Total	102	100,0	

La relación entre estar casada o vivir con pareja y que sean ellos quienes aporten los mayores ingresos al hogar es altamente significativa[17]. Igualmente lo es la relación entre estar soltera y que el mayor aporte económico al hogar provenga desde la propia mujer o desde su madre y/o padre[18]. Del mismo modo, es altamente significativa[19] la relación entre estar viuda y que los mayores ingresos económicos sean generados por la misma mujer encuestada.

El cuadro siguiente resume las fuentes de ingreso económico de los hogares de las mujeres encuestadas, así como los montos correspondientes:

Tabla Nº 12: Fuentes de ingreso económico[20]

Fuente	Frec.	%	Prom. $	Prom. US$	Moda $	Moda US$
Salario	83	74,77	230.250	369,58	160. 000	256,82
Cuota	1	0,90	100.000	160,51	100.000	160,51
Subsidios	2	1,80	39.000	62,60	---	---
Jubilación	21	18,91	78.800	126,48	60.000	96,31
Rentas	1	0,90	60.000	96,31	60.000	96,31
Otros	3	2,70	53.000	85,07	---	---

	Valor mínimo $	valor mínimo US$	Valor máximo $	Valor máximo US$
Salario	40.000	64,20	500.000	802,55
Cuota alimentaria	100.000	160,51	100.000	160,51
Subsidios	38.000	61,0	40.000	64,20
Jubilación	50.000	80,25	500.000	802,55
Rentas	60.000	96,31	60.000	96,31
Otros	75.000	120,38	35.000	56,18

Las vías de ingreso más recurrentes de las entrevistadas, corresponden al salario y a las jubilaciones o pensiones. Entre quienes reciben pensiones se encuentran aquellas mujeres con pensión producto de su condición de VIH positiva y que representan una proporción de 28,6% del total de mujeres que reciben pensiones o jubilaciones. Cabe mencionar la baja frecuencia de mujeres que reciben algún subsidio (1.8%).

Para mayor descripción la tabla Nº 13 muestra las medidas de tendencia central correspondientes a los salarios; observándose que el promedio de ingresos provenientes del trabajo asciende a $230.250, lo que equivale a US$369,58, valor que se ve afectado por el ingreso mínimo que alcanza a $40.000 (US$64,20) y por el ingreso más alto que asciende a $500.000 mensuales (US$802,55).

Tabla Nº 13: Salario en Pesos y Dólares

N		Válidos	83
		Perdidos	19
		$	US$
Media		230,25	369,58
Mediana		200,00	321,02
Moda		160	256,82
Mínimo		40	64,20
Máximo		500	802,55
Percentiles	25	150,00	240,77
	50	200,00	321,02
	75	300,00	481,53

Cabe señalar que los ingresos familiares provenientes del trabajo de las encuestadas y sus parejas u otras personas con las que viven, que en promedio ascienden a $230.250, son menores al promedio de los ingresos percibidos por hombres y mujeres a nivel nacional, que alcanzaba a $295.250 a nivel

16 El valor de esta asociación es de 0.152.
17 El valor de esta asociación es de 0.000.
18 El valor de esta asociación es de 0.000.
19 El valor de esta asociación es de 0.000.

20 Según cifras del Banco Central de Chile el valor promedio de cambio del dólar en enero 2009, mes en el cual se recolectaron los datos del estudio, fue de $623,01. Fuente consultada http://www.bcentral.cl/estadisticas-economicas/series-indicadores/xls/Dolar_observado.xls

nacional (Casen 2006), lo que equivale a US$473,90. Los ingresos por trabajo de las encuestadas y sus familias, también son menores a los ingresos percibidos por las mujeres, ya que la Encuesta Casen 2006, informa que el promedio a nivel nacional ascendía a $247.832, es decir US$ 397,79.

5 VIVIENDA

En cuanto al tipo de lugar en que viven las mujeres entrevistadas, el 95,1% habita una casa o departamento, mientras que el 4,9% lo hace en una pieza, rancho o mediagua.

El cuadro siguiente ilustra la realidad de las encuestadas respecto de la tenencia del lugar en que viven:

Tabla Nº 14: Tenencia del lugar en que vive

		Frecuencia	%
Válidos	Propio	61	59,8
	Alquillado	18	17,6
	Vivienda o habitación prestada	11	10,8
	Allegada	8	7,8
	Total	98	96,1
Perdidos	No responde	4	3,9
Total	102	100,0	

En lo relativo al número de personas que comparten la vivienda con las mujeres encuestadas, los datos muestran que en promedio ellas viven en hogares constituidos por 4,73 personas, siendo habitualmente tres el número de personas por hogar y 12 el máximo de personas con la que comparten su vivienda.

Cabe mencionar, que el promedio de personas por hogar que presenta la muestra, es más alto que el de la población que vive en situación de pobreza no indigente (4,6) y bastante mayor al de los hogares no pobres (3,6) a nivel nacional, según datos de la Encuesta CASEN 2006.

Por otra parte, se estima que una familia vive con niveles de hacinamiento medio, cuando entre 4 a 6 personas comparten un mismo dormitorio. En el caso de las encuestadas, un 2% vive en estas condiciones, lo que da cuenta de necesidades básicas insatisfechas. Asimismo, un 98% de las encuestadas vive sin hacinamiento, es decir 1 a 3 personas, comparten un dormitorio u otro espacio posible de emplear como tal. Cabe mencionar que no existe asociación[21] entre hacinamiento y falta de vivienda propia.

21 El valor de esta asociación es de 0.033

Tabla Nº 15 Hacinamiento

	Frecuencia	%	válido	acumulado
Sin hacinamiento	100	98,0	98,0	98,0
Hacinamientomedio	2	2,0	2,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	---

Considerando el conjunto de los ingresos declarados por las encuestadas y el número de personas con que viven, se calculó el ingreso per cápita, que en promedio asciende a $50.291 (US$80,72), con un valor mínimo de $5 y un valor máximo de $166.700 mensuales. Cabe recordar que esta medida se encuentra afectada por los valores extremos, de modo que una aproximación más cercana a la realidad de ingresos per cápita de las mujeres, la proporciona el cálculo de la mediana que arroja un valor de $42.500 (US$ 68,22).

Tabla Nº 16 Ingreso per cápita mensual en Pesos y Dólares
Valor de cambio $623,01 por dólar

N	Válidos		100
	Perdidos		2
		$	US$
	Media	50,291	80,72
	Mediana	42,500	68,22
	Moda	20,0(a)	32,10
	Mínimo	5,0	0,008
	Máximo	166,7	267,57
Percentiles	25	25,000	40,13
	50	42,500	68,22
	75	68,325	109,67

El promedio del ingreso per cápita de las encuestadas, se sitúa por sobre el valor establecido para la "línea de pobreza", que es el método usado en Chile para focalizar las políticas sociales, en los grupos de población catalogados en situación de pobreza. De acuerdo a este método son "pobres" aquellas personas cuyos ingresos per cápita son inferiores al costo de dos canastas básicas de alimentos, cuyo valor se ha establecido[22] en $47,099, es decir, US$75,60 (CASEN, 2006).

Cabe hacer notar que a nivel nacional la pobreza afecta al 13.7% de la población y en la Región Metropolitana al 10,6%. Esta última cifra se desagrega en un 2,4% de población en situación de indigencia y un 8,2% de pobreza no indigente (CASEN, 2006).

Considerando el valor de la mediana de ingresos de las encuestadas, se advierte que la mitad de ellas se encontraría en situación de pobreza, ya que sus ingresos per cápita estarían bajo la línea de pobreza.

Para la caracterización socioeconómica de las mujeres encuestadas se usaron algunas de las variables

22 La Encuesta CASEN 2006, establece el valor de la línea de indigencia en $23.549 para las zonas urbanas y en $47.099 la línea de pobreza.

incluidas en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), como la tenencia de vivienda, la presencia de hacinamiento y la medición de pobreza económica de acuerdo a la línea de la pobreza. Esta medición permitió identificar las siguientes situaciones:

- Un 2,08% de las mujeres se encuentra en una situación de pobreza convergente o indigente, es decir, con necesidades básicas insatisfechas en tanto no tienen casa, viven en situación de hacinamiento y tienen ingresos bajo la línea de la pobreza.

- Un 12,5% vive una situación de necesidades básicas insatisfechas en el aspecto patrimonial, es decir no cuentan con vivienda propia o alquilada, pero viven sin hacinamiento y sus ingresos están sobre la línea de pobreza, lo que las ubica en el sector socioeconómico bajo no pobre.

- Un 50,04% pertenece al sector socioeconómico bajo pobre. Se distinguen dos subgrupos, uno integrado por 23 mujeres (24%), con ingresos bajo la línea de pobreza, que viven sin hacinamiento y alquilan una casa. El segundo subgrupo compuesto por 25 mujeres (26,04%), con ingresos bajo la línea de pobreza, tienen casa propia y viven sin hacinamiento.

- Un 35,4% de las encuestadas se ubica en el sector medio no pobre ya que sus ingresos están sobre la línea de la pobreza, no tienen necesidades básicas insatisfechas, pues viven en una vivienda propia y sin condiciones de hacinamiento.

Al emplear como método de medición sólo el parámetro de línea de pobreza, se pueden identificar los siguientes grupos de ingreso:

- 10,9% pertenecería al sector bajo pobre, correspondiendo a 11 mujeres cuyos ingresos per cápita son inferiores a dos canastas básicas alimentarias.

- 53,4%, pertenecería al sector medio, corresponde a 54 mujeres que tienen ingresos per cápita equivalentes a 2 y hasta 4 canastas básicas alimentarias.

- 22,8%, de las encuestadas, es decir 23 mujeres, pertenecerían al sector medio alto, ya que sus ingresos per cápita equivalen a 5 y hasta 7 canastas básicas alimentarias.

- 12,8% de las mujeres, es decir 13 encuestadas, pertenecerían al sector alto, pues tendrían ingresos per cápita equivalentes a 8 o más canastas alimentarias.

En síntesis, se puede decir que los datos sociodemográficos de las mujeres participantes en el estudio, permiten señalar que se trata de mujeres blancas que se encuentran en la etapa de adultez, en su mayoría casadas o solteras, que viven en pareja y con su hijos/as, o solas con sus hijos e hijas. La mayor parte de ellas tiene uno o dos hijos/as. La mayoría leen y escriben, tienen estudios secundarios completos o incompletos, teniendo en promedio 10 años de escolaridad. La mayoría no trabaja actualmente en forma remunerada, aunque mayoritariamente alguna vez lo hicieron. Los ingresos económicos de sus hogares provienen de la pareja o bien son generados por ellas mismas. El ingreso económico per cápita de sus hogares en promedio alcanza a $50.291 mensuales, siendo el valor mínimo $5.0 y el máximo $166,700. La mayoría habita en casas o departamentos propios o arrendados sin condiciones de hacinamiento.

La tabla siguiente resume las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas:

Tabla Nº 17 Características sociodemográficas de las encuestadas

Edad promedio	41 años (edad mínima 20 y máxima 64 años)
Etapa de vida	Adultas
Etnia	Blanca
Estado civil	34% casadas - 37,3 solteras
Tipo de localidad en que vive	Urbana
Vive con pareja	49%
Vive con pareja e hijos/as	46%
Vive sin pareja con sus hijos	39%
Nº de hijos/as	71,76% vive con uno o dos hijos/as
Nº de personas con que vive	4,73 personas
Escolaridad promedio	10 años. Estudios secundarios completos e incompletos
Trabajaron remuneradamente	96,1%
Actualmente trabajan remuneradamente	38,2%
Principal aporte de ingresos	39,2% la pareja - 38,2% ellas mismas
Ingreso per cápita promedio mensual	$50.291 (US$80,72)
Tenencia de la vivienda	62,2% habita un lugar propio
Hacinamiento	98% vive sin condiciones de hacinamiento

III SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

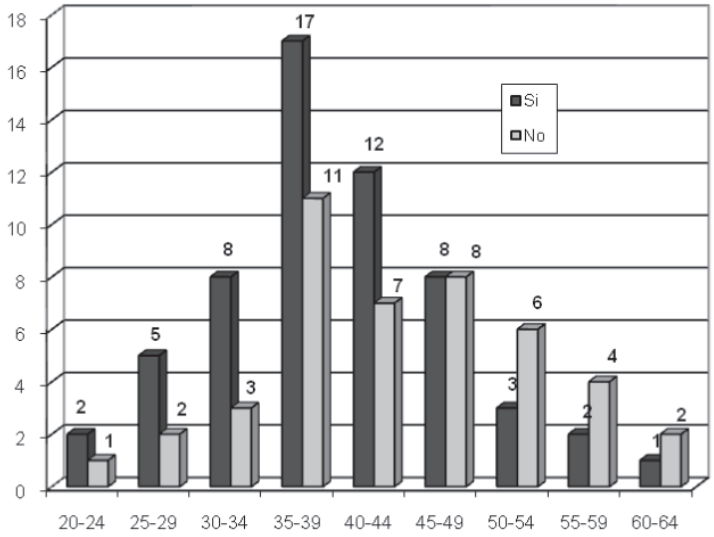
1 EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Cabe mencionar que 59 mujeres (57,8%) tuvieron su primera relación sexual entre los 11 y los 17 años. Sin embargo los 17 años corresponden a la edad típica (moda) y a la mediana de edad en que se inicia la vida sexual de las mujeres encuestadas. La edad mínima de inicio corresponde a los 11 años (1 caso) y la máxima en los 31 años (1 caso).

Estos resultados indican que el promedio de inicio de la vida sexual en la muestra es de 17,72 años, lo que es bastante coincidente con los datos aportados por la Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud, que arrojó que la edad de inicio de la actividad sexual correspondería a los 18 años. (MINSAL 2006)

La mayoría de las mujeres encuestadas (72,5%), tuvo su primera relación sexual, entre los 14 y 18 años de edad, es decir en la adolescencia, pero con mayor frecuencia esta se produjo entre los 17 y 18 años, donde se concentra el 40,2% de los casos. Mientras que un 22,5% de las mujeres se inició sexualmente entre los 19 y 31 años, es decir, en la etapa de la juventud. Cabe destacar que un 5% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre los 11 y los 13 años de edad, las que no corresponderían según las encuestadas a experiencias de violación.

Gráfico Nº 1
Relaciones sexuales en la actualidad según edad



Aunque la mayoría de las mujeres, 91,2%, tuvo una primera relación sexual consentida, un 7,8% declara que esta primera relación fue una violación. Ello equivale al doble de lo declarado por las mujeres en le Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, donde un 3,3% señala que fue violada en su iniciación sexual. (MINSAL/CONASIDA 2000)

2 RELACIONES SEXUALES, EDAD Y ESTADO CIVIL

En la actualidad 58 mujeres, es decir, 56,9% de las encuestadas declararon mantener una vida sexual activa, sin embargo 60 mujeres señalaron vivir actualmente en pareja, por lo que hay al menos dos mujeres que viviendo con una pareja, han dado por terminada su vida sexual.

El gráfico que se muestra a continuación permite observar que mantener relaciones sexuales en la actualidad, no se asocia a la edad de las mujeres[23], ya que una proporción importante de mujeres en edad reproductiva (jóvenes y adultas), no mantienen relaciones sexuales actualmente.

El que un número importante de mujeres que viven con VIH no mantengan relaciones sexuales en la actualidad, es corroborado por otros estudios como el realizado con mujeres que viven con VIH que señalan que "las mujeres tienen mayores dificultades que los hombres para reiniciar su vida sexual una vez que son informadas de su seropositividad, las mujeres dan por sentado que los hombres se negarán a tener relaciones sexuales con preservativo" (Vidal y Donoso 2002: 69) o "por motivos relacionados al VIH, donde el VIH se convierte en un factor para poner término anticipado a su vida sexual". (Vidal y Carrasco 2004:69)

El cruce entre la edad, estado civil y mantener

23 El valor de esta asociación es de 0.257.

actualmente relaciones sexuales muestra que a partir de los 50 años es más frecuente que sólo las mujeres casadas o con pareja mantengan una vida sexual activa, aunque se da el caso de dos mujeres solteras de esta edad que también mantienen relaciones sexuales.

Cabe hacer notar que el cruce entre no mantener actualmente relaciones sexuales, edad y estado civil, muestra que hay siete mujeres casadas o que viven en pareja que no tienen actividad sexual. Algunas se encuentran en plena etapa reproductiva, una de ellas tiene entre 30 y 34 años, 4 mujeres tienen entre 35 y 39 años. Igualmente tampoco mantienen relaciones sexuales una mujer menor de 45 años y otra menor de 50 años que viven con sus respectivas parejas.

3 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Respecto del uso de métodos anticonceptivos (MAC), el 50% de las encuestadas dice utilizarlos y el 35,3% señala no usar ninguno, cabe destacar que el 14,6% de las mujeres no reconoce como métodos anticonceptivos la ligadura de trompas y el uso de preservativos. En términos efectivos, el 64,71% de las encuestadas (66 mujeres), usan algún método anticonceptivo mientras que un 35,29% (36 casos) no lo hace; estas cifras dan cuenta de un mayor uso de métodos anticonceptivos que el que muestra la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL 2006), que informa de un 42% de uso de MAC entre mujeres de 15 y más años a nivel nacional.

De las 66 mujeres encuestadas que usan métodos anticonceptivos, 14 utilizan más de uno (doble protección), mientras que de aquellas que utilizan métodos de prevención del embarazo, un 28,9% utiliza un método anticonceptivo diferente del preservativo. Ninguna de las participantes mencionó otros métodos como el uso de espermicidas, métodos naturales o vasectomía.

Es importante destacar que un total de 47 mujeres, es decir un 71,21% de las que usan algún método anticonceptivo, emplean preservativos, lo que representa un porcentaje muy alto si se lo compara con el 3,1% de uso en mujeres mayores de 15 años a nivel nacional (MINSAL 2006), lo que estaría indicando que las mujeres que viven con el virus tienen una mayor incorporación del preservativo como forma de protección, ello se corrobora con otro estudio que señala que el 82,4% de las mujeres que viven con VIH habían usado condón en el último mes. (Vidal y Carrasco 2004:73)

Tabla Nº 18: Tipo de anticonceptivo utilizado

Tipo de método anticonceptivo	Frecuencia	%
Dispositivo intrauterino (DIU)	7	10,61
Preservativo	33	50,0
Ligadura de trompas	12	18,18
DIU y preservativo	7	10,61
Preservativo y ligadura de trompas	7	10,61
Total	66	100

Cabe hacer notar que un total de 19 mujeres se han esterilizado, lo que representa una proporción de 28,9% del total de encuestadas que usa anticonceptivos y un 18,6% de la muestra que conforma el estudio, cifra que casi duplica el 9,8% de esterilizaciones femeninas que informa la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL 2006). Esto es corroborado por el estudio antes citado, que da cuenta de un 31% de mujeres con VIH esterilizadas, del total de las consultadas. (Vidal y Carrasco 2004: 91)

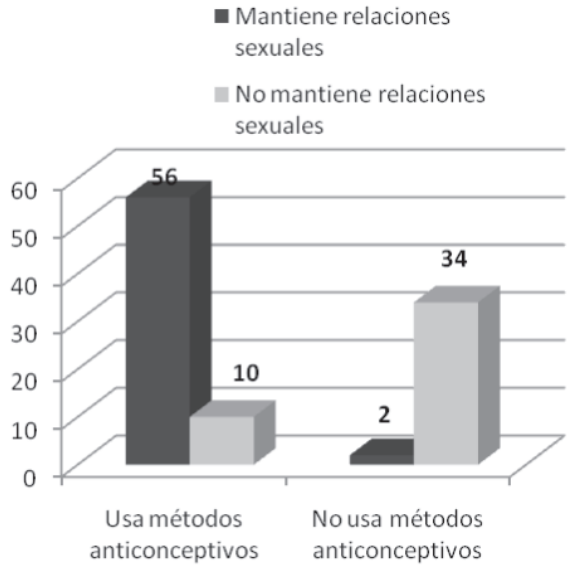
Es preciso señalar que los servicios de salud en Chile, no proveen a las mujeres VIH positivas de métodos de prevención que pudieran estar bajo su control (condón femenino, microbicidas), por lo que las orientaciones que reciben las mujeres con VIH y con una vida sexual activa, es la de negociar el uso de preservativos en todas sus relaciones sexuales con parejas masculinas, para prevenir una re-infección y/o prevenir la adquisición del VIH por parte de su pareja. Sin embargo, esto no estaría sucediendo según lo indican estos datos, como también, los testimonios recogidos en las entrevistas realizadas, en las que algunas de las mujeres señalaron que usaban preservativos de manera intermitente, incluso con parejas serodiscordantes, que no aceptan el uso de preservativos.

El uso de anticonceptivos en las mujeres encuestadas no estaría asociado a la edad, ya que los datos no muestran una asociación significativa entre ambas variables[24] aunque su uso es más frecuente entre los 20 y 39 años de edad, que corresponde al período reproductivo. Se aprecia un aumento relativo en el número de mujeres que no los usan a partir de los 45 años, lo que probablemente se debe a que en esta edad en muchas mujeres ya se ha iniciado la etapa del climaterio, como también, porque aumenta la proporción de mujeres que no tienen pareja sexual.

Respecto del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres encuestadas que dicen llevar una vida sexual activa, las pruebas de chi² muestran una asociación altamente significativa entre estas dos variables[25]. El gráfico siguiente muestra que 56 mujeres con una vida sexual activa utilizan métodos para prevenir embarazos; mientras que 10 de ellas, no los usan aunque mantienen relaciones sexuales en la actualidad.

24 El valor de esta asociación es de 0,266.
25 El valor de esta asociación es de 0,000.

Gráfico Nº 2
Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos



En relación al estado civil y el uso de métodos anticonceptivos, las pruebas de chi² no arrojan la existencia de una asociación significativa entre ambas variables[26]. La tabla de contingencia que se muestra a continuación, permite apreciar que la mayoría de las mujeres casadas (85,29%) y solteras (60,52%) usan algún método y en el caso de divorciadas/separadas y viudas su uso alcanza al 44,4% y a un 47,6% respectivamente. También, se puede observar que 5 mujeres que están casadas o viven en pareja no emplean ningún método de prevención del embarazo.

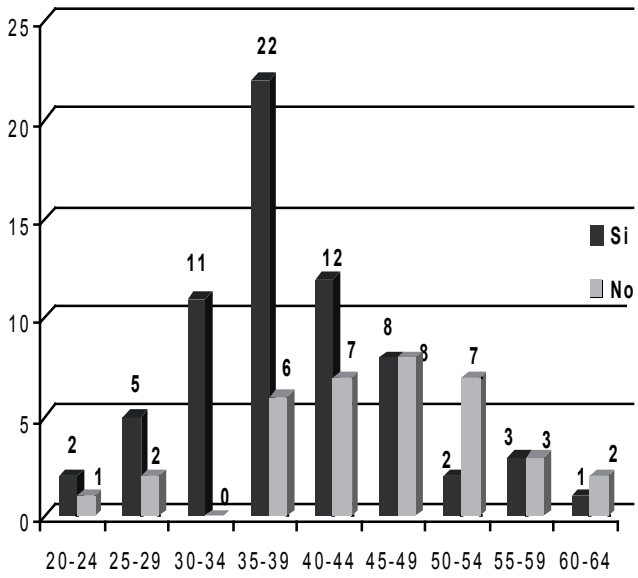
Tabla Nº 19 Uso métodos anticonceptivos según **estado civil**

Uso de métodos anticonceptivos	Si	No	Total
Casada/vive en pareja	29	5	34
Soltera	23	15	38
Divorciada/separada	4	5	9
Viuda	10	11	21
Total	66	36	102

Por otra parte, podemos decir que solamente 14 mujeres de las 102 encuestadas, usan doble protección, no existiendo una asociación significativa entre el uso de doble protección y el estado civil de las mujeres[27], aunque proporcionalmente su uso es mayor entre mujeres casadas o que viven en pareja (8 casos). No obstante, 26 mujeres casadas no utilizan doble protección. Cabe mencionar que sólo 3 mujeres de las 38 solteras, utilizan doble protección, como asimismo 3 mujeres de las 2 viudas también lo hacen.

Del mismo modo, los datos tampoco indican que exista una asociación significativa entre el uso de **anticonceptivos** y la edad de las mujeres[28] aun cuando su uso es más frecuente entre mujeres de 30 a 44 años de edad y está ausente entre las mujeres de 20 a 29 años de edad, como se aprecia en el gráfico a continuación:

Gráfico Nº 3
Uso de métodos anticonceptivos según edad



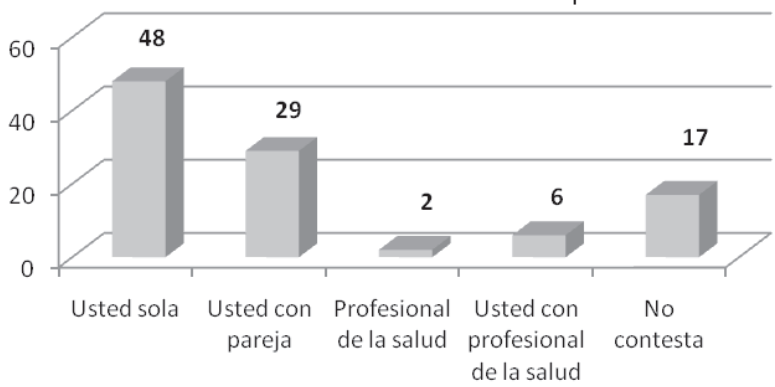
El uso de **anticonceptivos** no estaría asociado al nivel de instrucción de las mujeres encuestadas[29], ya que su uso se concentra entre 11 mujeres con estudios medios, lo que también corresponde a la tendencia de estudios de la muestra. En el mismo sentido, la tendencia a que los datos no muestren una asociación entre nivel de estudios y uso de preservativo se ve reforzada en que las mujeres con ninguna o muy baja escolaridad (1 caso), como también las mujeres con estudios universitarios completos (5 casos) no utilizan doble protección.

En lo referido a la toma de decisión de usar o no algún método anticonceptivo, un 57% de las mujeres encuestadas ha decidido por si sola, un 34% han tomado tal decisión en pareja, mientras que un 7% ha decidido utilizarlos aconsejadas por un profesional de la salud. Cabe destacar que en una proporción de 2%, las mujeres declararon que la decisión la tomó un/a profesional de salud, correspondiendo a dos mujeres que fueron esterilizadas sin su consentimiento.

La relación entre el estado civil de las mujeres y la toma de decisión sobre la utilización de métodos anticonceptivos es altamente significativa[30], puesto que en los casos de quienes están casadas o viven con sus parejas, la decisión se produce en pareja (21 casos). Mientras que 39 mujeres solteras y

26 El valor de esta asociación es de 0,012.
27 El valor de esta asociación es de 0,152.
28 El valor de esta asociación es de 0,847.
29 El valor de esta asociación es de 0,628.
30 El valor de esta asociación es de 0,000.

Gráfico Nº 4
Decisión de usar métodos anticonceptivos



viudas, de las 59 en ese estado civil, han tomado ellas solas tal medida.

También es altamente significativa la relación entre la toma de decisión sobre métodos anticonceptivos y el hecho de que actualmente las encuestadas tengan relaciones sexuales[31]. Como se observa en la tabla siguiente, 44 encuestadas declararon no tener relaciones sexuales en la actualidad, de ellas, 24 dicen haber tomado solas la decisión de no utilizar métodos anticonceptivos, mientras que de las 58 mujeres que actualmente tienen relaciones sexuales, 24 tomaron por si solas la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Tabla Nº 20 Decisión sobre tipo de método anticonceptivo utilizado según actividad sexual

		Usted sola	Con su pareja	Prof. de la salud	Con prof de salud	No contesta	Total
Tiene relaciones sexuales actualmente	**Si**	24	27	2	4	1	58
	No	24	2	0	2	16	44
Total		48	29	2	6	17	102

Respecto de la asociación entre el nivel de estudios de las mujeres encuestadas y la decisión de usar determinado método anticonceptivo, los datos no muestran que haya una asociación significativa[32], ya que cualquiera sea el nivel de estudios alcanzado, la mayoría (48 mujeres) ha tomado sola la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos (47,05%), lo que es consistente con los aprendizajes socioculturales y división de roles por género que asignan a las mujeres la responsabilidad de la anticoncepción, aun cuando se empiezan a producir algunos cambios, como lo refleja el hecho de que 29 mujeres hayan tomado esta decisión en pareja (28,43%).

Aunque no existiría asociación significativa entre el nivel de instrucción y la decisión de uso de métodos anticonceptivos, cabe destacar (ver tabla Nº 21) que en los dos casos en que las encuestadas, indicaron que la decisión de esterilización fue tomada por un profesional de salud y sin su consentimiento, se trata de mujeres con bajo nivel de instrucción formal (primaria completa y secundaria incompleta).

Con respecto a las razones para la elección de un método anticonceptivo, cabe destacar que un 77,27% de las mujeres encuestadas, utilizan un determinado método ya sea porque lo consideran más efectivo o porque no daña la salud, un 3,03% consideró ambas razones en su elección, mientras que un 10,61% siguió las indicaciones del médico/a. Sólo una mujer (1,51%) indicó razones éticas o religiosas para su elección, lo que indica la poca relevancia que tiene este tipo de consideraciones al momento de elegir un método anticonceptivo.

Cabe hacer notar que ninguna de las mujeres señaló motivos de orden económico o que las posibilidades de elección son restringidas. En tal sentido, cabe precisar que los servicios de salud públicos tienen una oferta que incluye preservativos, DIU, anticonceptivos hormonales (oral combinado, oral prostágeno, inyectable e implante) y esterilizaciones a libre demanda[33].

Dado que entre las encuestadas que usan métodos anticonceptivos, un total de 19 señalaron estar

Tabla Nº 21 Decisión sobre tipo de método anticonceptivo utilizado según nivel de estudios

Estudios	Usted sola	Con su pareja	Profesional de la salud	Con prof. de salud	No contesta	Total
Ninguno	0	1	0	0	0	1
Primaria incompleta	11	2	0	0	2	15
Primariacompleta	5	2	1	1	3	12
Secundaria incompleta	10	10	1	3	4	28
Secundaria completa	17	9	0	1	4	31
Estudiosterciarios universitarios incompletos	1	0	0	0	0	1
Estudiosterciarios universitarios completos	1	4	0	1	0	6
Enseñanzatécnico profesional incompleta	1	0	0	0	0	1
Enseñanza técnico profesional completa	2	1	0	0	4	7
Total	48	29	2	6	17	102

31 El valor de esta asociación es de 0,000.
32 El valor de esta asociación es de 0,431.

33 Para más detalles ver: www.observatoriogenerosalud.cl Campo de Observación Salud Sexual y Reproductiva. Consultado en Mayo de 2009.

esterilizadas (28,78%), se consideró necesario conocer la edad de las mujeres que se han sometido a este procedimiento, encontrando que en la mayoría de los casos se trata de mujeres que actualmente tienen entre 35 y 54 años y cuyo diagnóstico de VIH se produjo entre los 17 y 49 años de edad, como se aprecia en las tablas Nº 22 y 23 que se presentan a continuación:

Tabla Nº 22 Ligadura trompas según edad actual

Edad	Ligadura de trompas
25-29	2
30-34	4
35-39	9
40-49	3
50-54	1
Total	19

Tabla Nº 23 Ligadura trompas según edad en que se le diagnosticó VIH

Edad diagnóstico	Ligadura de trompas
17	1
20-24	5
25-29	4
30-34	7
35-39	1
40-44	0
45-49	1
Total	19

Tabla Nº 24 Edad en la que se diagnosticó el VIH

Edades	Frecuencia	%
17 años	1	0,98
20 a 24 años	13	12,75
25 a 29 años	30	29,41
30 a 34 años	26	25,49
35 a 39 años	13	12,75
40 a 45 años	13	12,75
46 a 52 años	5	4,90
57 años	1	0,98
Total	102	100

Cabe precisar que partir del año 1996, se implementó en Chile formalmente el protocolo ACTG 076, para la prevención de la transmisión vertical del VIH con financiamiento estatal y cobertura completa tanto para el sector público como privado (CONASIDA, 2005), de modo que algunas de las mujeres encuestadas pueden haber optado por la esterilización, en los años en que no había acceso a tratamiento para evitar la transmisión vertical.

Sin embargo, 6 mujeres de entre 25 a 34 años, participantes de este estudio, han sido esterilizadas, lo que podría estar indicando que pese a que actualmente se encuentra disponible el tratamiento para evitar la transmisión de madre a hijo, las mujeres con VIH prefieren renunciar a la maternidad o bien continúan siendo presionadas a renunciar a su posibilidad de ser madres.

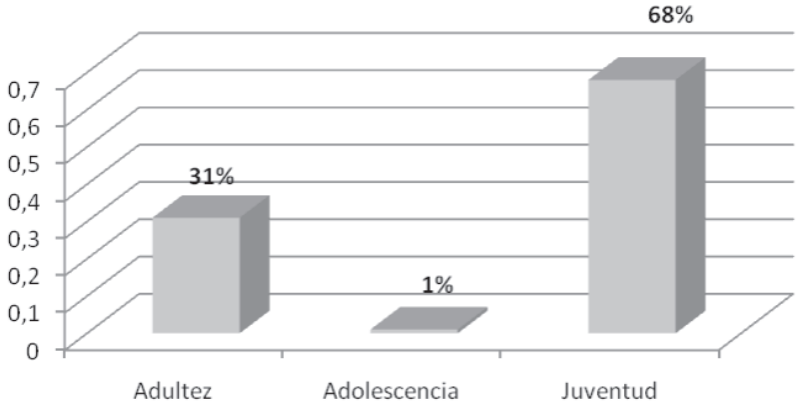
4 DIAGNÓSTICO DE VIH

La edad promedio en que se diagnosticó el VIH en las mujeres encuestadas, corresponde a los 32,06 años, mientras que los 28 años es la edad en que más frecuentemente se realizó el diagnóstico. La edad más temprana y más tardía en que se produjo el diagnóstico corresponde a los 17 y a los 57 años la edad. El gráfico siguiente muestra que la mayor proporción de las mujeres encuestadas, equivalente a un 68%, fue diagnosticada con VIH en la etapa de la juventud, mientras que un 31% en la etapa de la adultez.

Con la finalidad de precisar este dato, se agrupó la edad en rangos de 5 años, dejando fuera el valor menor y el mayor; lo que permite observar que el 54,9% de las mujeres encuestadas fueron diagnosticadas con VIH entre los 25 y 39 años y que un grupo importante de mujeres (12,75%) fue diagnosticada entre los 20 y 24 años, por lo que es posible pensar que este grupo de mujeres pudo haber adquirido el VIH durante la adolescencia, sobre todo si se considera que el 72,5% de ellas inició su vida sexual entre los 14 y 18 años.

Cabe destacar que la tendencia en la edad de diagnóstico de VIH de las mujeres que participaron en el estudio, es coincidente con las informadas por CONASIDA, en cuanto a que las tasas más altas ocurren entre los 20 y 49 años que corresponde al período de mayor fertilidad, situación que se ha visto incrementada en los últimos años.

Gráfico Nº 5
Etapa de la vida en que se diagnosticó el VIH



En Chile durante el quinquenio (2002-2006) hay un mayor incremento del contagio en el grupo de 20 a 29 años, siendo la tasa de 26.7 por 100 mil mujeres en ese período, lo que es 15 veces mayor a la tasa de 1.7 que este mismo grupo tenía en el quinquenio 1987-1991 (MINSAL 2007:20-21).

Las pruebas de asociación entre la variable edad actual y edad de diagnóstico de VIH, si bien aparecen significativas[34], no permiten establecer rangos de significatividad debido a la alta dispersión de los datos, por lo que no es posible establecer la relación entre el rango de años que hay entre la edad del diagnóstico y edad actual.

Respecto de la edad en que se produjo el diagnóstico y el estado civil de las mujeres, los datos indican que no existe una asociación significativa entre ambas variables[35].

Al averiguar la edad en que se diagnosticó el VIH según el estado civil de las encuestadas, vemos que hay una mayor proporción de casos en dos rangos etáreos: en el de 25 a 29 años (30 casos) y en el de 30 a 34 años de edad (26 casos). El grupo más joven se constituye principalmente por mujeres solteras (12 casos) y en un menor número por casadas (7 casos) y viudas (7 casos). El segundo rango etáreo se conforma con una mayoría de mujeres casadas (12 casos), seguidas de las solteras (9 casos).

El cruce entre la edad de diagnóstico y el nivel de estudio de las mujeres, no indica que exista una asociación significativa[36] entre ambas variables. No obstante, los casos de diagnóstico de seropositividad en mujeres muy jóvenes, ocurre entre aquellas con más bajos niveles educativos, como se evidencia en el caso de una mujer sin escolaridad diagnosticada a los 17 años y en el caso de otras 10 mujeres con un nivel de estudios inferior a 12 años de escolaridad (enseñanza secundaria incompleta).

Con respecto a los motivos por los cuales las mujeres encuestadas se realizaron el test de VIH, destacan como los más frecuentes, el hecho que su "pareja estaba viviendo con VIH" (42,16%); "por pedido del médico" (23,53%); "por embarazo" (13,72%), sólo "por voluntad propia" (un 10,78%) y en una proporción muy menor por "nacimiento de un hijo contagiado" (2,94%).

Otros motivos para realizarse el test como violación, fallecimiento de la pareja, donar sangre y ejercicio de prostitución corresponden a respuestas en cada caso de una sola mujer, a estos motivos se agrega la respuesta de una mujer que señaló que el examen se le practicó sin su consentimiento cuando estuvo enferma, lo que muestra las dificultades que enfrentan las personas con VIH al verse sometidas a prácticas que contravienen la normativa existente, que señala de manera taxativa, que el examen de VIH requiere del consentimiento informado de las personas.

Cabe hacer notar que ninguna de las mujeres encuestadas haya reportado como motivo para realizarse el test de VIH el uso de drogas inyectables, lo que ilustra en alguna medida el hecho de que la transmisión sexual es la principal vía para la adquisición del VIH. Según cifras de CONASIDA, el 90% de los casos de VIH/SIDA en los que se conoce la vía de exposición esta corresponde a la sexual, siendo las vías homosexual y bisexual equivalentes al 56,1% de los casos, seguida de la vía heterosexual (MINSAL 2008: 11)

El cruce entre las variables referidas a motivos por los que se realizó el test de diagnóstico de VIH y la edad de las mujeres encuestadas, indica que no existen asociaciones significativas entre ambas variables[37].

Tampoco existe una asociación significativa entre el estado civil y las razones por las cuales las mujeres se realizaron el test de VIH. Sin embargo, aunque es bajo el nivel de significatividad[38] de la asociación entre las variables estado civil y pareja viviendo con VIH, esta corresponde a la más importante dentro del conjunto de motivos por los cuales las mujeres se hicieron el test de VIH.

No existe asociación entre los motivos para realizarse el test de VIH y la instrucción de las mujeres participantes en el estudio[39]. Los datos al respecto confirman que la realización del test "solo" por voluntad propia o esta razón combinada con otro motivo como el "pedido de un médico", no se asocia al nivel de instrucción[40]. En tanto quienes se realizaron el test por "voluntad propia" son quienes tienen estudios secundarios completos e incompletos, que corresponde al promedio de instrucción de la muestra.

La práctica de realizarse el test de VIH de manera preventiva se encuentra muy poco arraigada entre las mujeres, evidenciando que la posibilidad de haber adquirido el VIH no representa una preocupación cotidiana para las mujeres, por lo que practicarse este examen depende de circunstancias vitales, como el embarazo o la violación y más a menudo, por la notificación de la pareja o la presencia de sintomatología que alerta a un/a profesional de la salud quien plantea la necesidad del examen.

34 El valor de esta asociación es de 0,000.
35 El valor de esta asociación es de 0,760.
36 El valor de esta asociación es de 0,020.
37 El valor de esta asociación fluctúa entre 0,348 y 0,999.
38 El valor de esta asociación es de 0,015
39 El valor de esta asociación fluctúa entre 0,108 y 0,984.
40 El valor de esta asociación es de 0,108.

IV. VIOLENCIA

1 VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Del total de mujeres encuestadas, un 52,9% ha vivido o vive este tipo de violencia. Las mujeres encuestadas que viven o han vivido violencia psicológica manifestaron que las expresiones más recurrentes corresponden a "hacerla sentir avergonzada o humillada" (27,49%); seguida de "insultos" (17,39%), "burlas" (14,91%) y "amenazas" (11,80%). La tabla a continuación permite apreciar que las manifestaciones son muy variadas y que hay mujeres que reconocieron que han sido afectadas por distintas formas de violencia psicológica.

Tabla Nº 25: Manifestaciones de violencia psicológica
Respuesta múltiple

Manifestación de violencia	Frecuencia	%
Insultos	28	17,39
Hacerla sentir avergonzada o humillada	45	27,95
Burlas	24	14,91
Amenazas	19	11,80
Rechazo o desprecio	12	7,46
Aislamiento de amigos o parientes	4	2,48
Maltrato a sus hijos o hijas	6	3,72
Desprecio por las tareas que usted realiza	14	8,70
Destrucción de objetos propios	8	4,96
No decir que era VIH positivo	1	0,62
Total	161	100

Cabe destacar la existencia de una forma específica de violencia contra las mujeres declarada por una de las encuestadas, que señala como manifestación de violencia psicológica el "no decir que era VIH positivo" (1 caso).

1.2 Quiénes ejercen violencia psicológica:

En un 66,7% los agresores corresponden a personas del sexo masculino, principalmente el marido o pareja actual, o el ex marido o ex pareja. El resto de los agresores corresponden fundamentalmente a familiares cercanos, consanguíneos o por parte de la pareja.

1.3 Etapa de la vida en que sucedió:

Respecto de la etapa en que las mujeres vivieron violencia psicológica, cabe destacar en primer lugar, que esta experiencia se encuentra presente en distintos momentos del ciclo vital de algunas de las encuestadas, sin embargo, este tipo de violencia afecta a un mayor número de mujeres en la etapa de la juventud (34%) y en la adultez (56%), concentrándose el 90% de los casos en estas dos etapas.

1.4 Vivencia actual de violencia psicológica:

Un 22,6% de las mujeres participantes en el estudio vive actualmente este tipo de violencia, lo que equivale a 12 mujeres de las 53 que han vivido estas experiencias a lo largo de sus vidas.

El cruce de las variables estado civil y vivir actualmente violencia psicológica indica que no habría una asociación estadísticamente significativa[41] entre ambas variables. Cabe mencionar que la experiencia de violencia psicológica actual no se da entre las mujeres divorciadas o separadas, y que es más frecuente entre quienes están casadas o viven en pareja y entre mujeres solteras.

Tampoco existiría asociación entre el nivel de instrucción y la vivencia actual de violencia psicológica[42], ya que la mayor frecuencia de este tipo de violencia en mujeres con estudios secundarios, se debería a la mayor presencia de este nivel de instrucción en la muestra.

2. VIOLENCIA FÍSICA

Un 31,4% de las mujeres encuestadas ha vivido o vive violencia física, lo que equivale a 32 mujeres.

Respecto de las manifestaciones de este tipo de violencia, lo más recurrente son los golpes de puño, empujones y zamarreos que en total representan el 63,16% de tales agresiones.

41 El valor de esta asociación es de 0,090.
42 El valor de esta asociación es de 0,666.

Tabla Nº 26: Manifestaciones de violencia física Respuesta múltiple

Manifestación de violencia	Frecuencia	%
Empujones	15	19,74
Golpe de puños	24	31,58
Quemaduras	1	1,32
Zamarreos	9	11,84
Mordeduras	3	3,95
Ahorcamiento	2	2,63
Pellizcos	3	3,95
Palizas	5	6,58
Golpes con objetos	3	3,95
Tirón de pelo	2	2,63
Patadas	4	5,26
Daño con armas	1	1,31
Cachetadas	4	5,26
Total	76	100

Cabe hacer notar que un 15,8% de las manifestaciones de violencia física nombradas por las mujeres corresponden a aquellas que representan riesgo vital para las agredidas: quemaduras, ahorcamiento, golpes con objetos-palizas y con armas.

2.1 Quiénes ejercen violencia física:

En el 81,3% de los casos el marido o pareja actual o el ex marido o ex pareja, corresponden a las personas que con mayor frecuencia ejercen violencia física sobre las mujeres encuestadas. El resto de la distribución porcentual corresponde a familiares cercanos.

Aunque los agresores son en general personas del sexo masculino, cabe señalar que las entrevistas en profundidad realizadas a aquellas mujeres que vivieron algún tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH, también dan cuenta de algunas experiencias de maltrato grave por parte de sus madres.

2.2 Etapa de la vida en que sucedió:

En el 92,68% de los casos, la vivencia de violencia física se concentra en las etapas de la juventud y la adultez. Mientras que la etapa de niñez y adolescencia concentra un 7,32%. También este tipo de violencia ocurre en más de una etapa de la vida de las mujeres.

Cabe señalar que ninguna de las mujeres que han vivido violencia física, declaró al momento de ser encuestadas haberla vivido durante el embarazo o en el período de post parto, sin embargo estas experiencias fueron develadas en las entrevistas en profundidad realizadas como parte de este estudio.

2.3 Vivencia actual de violencia física:

Solo dos mujeres declararon vivir violencia física en el momento actual (6,3%), de modo que un 93,8% de las mujeres encuestadas, no estaría viviendo este tipo de violencia en este período de su vida. El cruce de las variables estado civil y vivencia actual de violencia física permite identificar que las dos mujeres que viven actualmente violencia son viudas y que no habría una asociación estadísticamente significativa[43] entre ambas variables.

Al igual que entre las mujeres que reportaron violencia psicológica, tampoco existiría asociación entre el nivel de estudios y la vivencia actual de violencia física[44]. Sin embargo, cabe hacer notar que las dos mujeres que siguen viviendo violencia de este tipo, tienen un bajo nivel de instrucción (básica completa y secundaria incompleta).

3. VIOLENCIA SEXUAL

3.1 Abuso Sexual Infantil:

Un 28,4% de las mujeres entrevistadas dice haber vivido situaciones de abuso sexual en su infancia, lo que equivale a 29 de las encuestadas.

Los abusos sexuales en la infancia de las mujeres encuestadas fueron cometidos en un 85,7% por el padre o el padrastro, por familiares cercanos, amigos o vecinos de la familia.

3.2 Obligada a mantener relaciones sexuales:

Un total de 22 mujeres, es decir, un 21,6% de las encuestadas han tenido la experiencia de ser obligadas a mantener relaciones sexuales. En el caso de 7 mujeres estas agresiones se produjeron en dos etapas de su vida, tal como se puede apreciar en la información desagregada de acuerdo a etapa de la vida que muestra la tabla a continuación:

Tabla Nº 27 Etapa de la vida en que fue obligada a mantener relaciones sexuales

Etapa de la vida	Frecuencia	%	% acumulado
Sólo niñez	4	18,18	18,18
Sólo adolescencia	2	9,09	27,27
Niñez y juventud	2	9,09	36,36
Adolescencia y juventud	1	4,55	40,91
Sólo juventud	7	31,82	72,73
Juventud y adultez	4	18,18	90,91
Sólo adultez	2	9,09	100
Total	22	100	

La mayoría de las mujeres que declararon haber tenido experiencias de violación o de ser obligadas a mantener relaciones sexuales, sufrieron esta agresión en la niñez y adolescencia (40,91% de los casos de mujeres víctimas de violación).

43 El valor de esta asociación es de 0,094.
44 El valor de esta asociación es de 0,175.

Cabe recordar que la edad más temprana declarada por las mujeres para su primera relación sexual fueron los 11 años, sin embargo, hay una mujer que fue violada por su padre de manera sistemática entre los 5 y 8 años y no connota la violación en su infancia como primera relación sexual.

Al igual que en los casos de violencia psicológica y física, el agresor ha sido el marido o pareja actual o el ex marido o ex pareja, lo que corresponde a un 61,9%. En tal sentido, las entrevistas en profundidad permitieron identificar que estas experiencias en el marco de una relación de pareja establecida, tuvieron como consecuencia embarazos.

En los otros tipos de violencia sexual, el 85,8% de los agresores corresponden a la pareja o ex pareja o novio de las mujeres, familiares y personas conocidas. En el 14,2% de los casos, el agresor ha sido un desconocido. Esta tendencia evidencia que las mujeres están mucho más expuestas a violencia sexual, en el espacio privado y en el marco de relaciones cercanas, en las cuales socialmente se supone deberían estar protegidas.

Entre las mujeres que vivieron violencia sexual el 100% señaló que en la actualidad ello ya no ocurre, sin embargo, esta afirmación podría deberse a aprendizajes culturales que naturalizan la violencia sexual en el marco de una relación de pareja establecida. Del mismo modo, el no evidenciar que tales situaciones se viven en la actualidad podría deberse a la negación de experiencias traumáticas, como se pudo apreciar en el desarrollo de entrevistas en profundidad realizadas con algunas de las mujeres encuestadas.

Con respecto a la posibilidad actual de sufrir en sus casas algunas de las manifestaciones de violencia psicológica, física y sexual por las que se preguntó a las participantes en el estudio, un 89,5% de las mujeres, manifestó que no creía que esto pudiera ocurrir.

Este alto porcentaje, podría estar reflejando la naturalización de diversas formas de violencia, así como la negación de la violencia como parte de las dinámicas de resolución de conflictos en la pareja.

4 EXPERIENCIA DE VIOLENCIA

Entre las mujeres participantes del estudio, la violencia ha sido una experiencia que ha afectado la vida del 61,8% de ellas, ya que 63 de las encuestadas declararon que habían vivido o viven alguna forma de violencia, mientras que 39 mujeres (38,2%) no reconocieron haber vivido experiencias de este tipo.

La presencia de violencia entre las mujeres que participaron en el estudio, es más alta que la que presentan las mujeres de la Región Metropolitana (50,3%), de acuerdo al estudio realizado por SERNAM en el año 2001 y más cercana a los índices que muestra un estudio realizado con mujeres que viven con VIH y que informó que un 77% de las ellas había experimentado violencia alguna vez en su vida (Vidal, Carrasco y Pascal, 2004), lo que podría constituirse en un indicio de relación entre la adquisición del VIH y la violencia contra las mujeres.

La tabla a continuación muestra de manera desagregada y excluyente, las diversas experiencias de violencia reconocidas por las participantes de este estudio, distinguiéndose un grupo de 23 mujeres (36,5%) que declararon haber vivido o vivir un solo tipo de violencia (abuso sexual o violencia psicológica o física o violación), entre las cuales la violencia psicológica es la predominante, y un grupo mayoritario constituido por 40 mujeres (63,5%), que reconocieron experiencias de violencia múltiple, o sea vivir o haber vivido al menos dos tipos de agresiones, entre ellas hay 12 mujeres que viven o han vivido todas las formas de violencia por las que se consultó.

La predominancia de la violencia sexual en la vida de las mujeres VIH positivas participantes de este estudio, es muy clara, pues esta experiencia ya sea como única forma de violencia o como una de las manifestaciones de violencia múltiple, es reportada por 36 de las 63 mujeres que declararon vivir o haber vivido violencia, es decir, un 57,14% de ellas vivió violencia sexual.

Entre las mujeres con experiencia de violencia múltiple, resalta el hecho que 29 de ellas, o sea más de la mitad, han experimentado violencia sexual (abuso sexual y/o violación) en una o varias etapas de sus vidas.

4.1 Experiencia de violencia y percepción de daños en la salud

Con respecto a la percepción de daños ocasionados por la violencia, se encontró que de las 63 mujeres que declararon experiencias de violencia, una proporción de 12,7%, que corresponde a 8 mujeres

Tabla Nº 28: Tipo de violencia vivida

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Abuso sexual infantil	4	3,9	6,3	6,3
	Violación	2	2,0	3,2	9,5
	Violencia física	2	2,0	3,2	12,7
	Violencia psicológica	15	14,7	23,8	36,5
	Violencia física y psicológica	10	9,8	15,9	52,4
	Abuso sexual infantil yviolencia psicológica	4	3,9	6,3	58,7
	Violación y violencia psicológica	3	2,9	4,8	63,5
	Abuso sexual infantil, violación y violencia psicológica	2	2,0	3,2	66,7
	Abuso sexual infantil,violencia física y psicológica	6	5,9	9,5	76,2
	Violación, violencia física y psicológica	2	2,0	3,2	79,4
	Abuso sexual infantil y violación	1	1,0	1,6	81
	Todas las formas de violencia (abuso sexual infantil, violación, violencia física y psicológica)	12	11,8	19,0	100,0
Total		63	61,8	100,0	
Perdidos	Ninguna	39	38,2		
Total		102	100,0		

que viven o han vivido violencia múltiple (dos o más formas de violencia, incluyendo en todos los casos violencia sexual), señalaron haber sufrido lesiones ya sea una vez y hasta más de cinco veces producto de la violencia ejercida en su contra.

Cabe señalar que de las mujeres que reportaron lesiones, tres debieron recibir asistencia médica en una oportunidad y se trata de mujeres que han vivido todas las formas de violencia, es decir, abuso sexual infantil, violación, violencia física y psicológica.

Con respecto a la percepción de daño en la salud mental provocada por la experiencia de violencia, 95,2% de las mujeres reconocieron que la violencia había repercutido en su salud mental, 21 mujeres señalaron que "poco" (33,9%) y 38 indicaron que "mucho" (61,3%).

Cabe destacar que tres mujeres no estimaron que la violencia vivida haya tenido consecuencias en su salud mental, y que una mujer que ha vivido todas las formas de violencia haya respondido que "no sabe" en la pregunta sobre repercusión en la salud mental, ello ilustra la naturalización con la que se vive y significa en fenómeno de la violencia contra las mujeres.

La tabla Nº 29, a continuación, permite apreciar la distribución en frecuencias.

Aunque es alta la proporción de mujeres que percibe que la violencia ha repercutido en su salud mental, estadísticamente no existiría una asociación significativa[45] entre el tipo de violencia vivida y la percepción que se tiene respecto de los daños en la salud mental, por lo que a partir de este estudio no es posible establecer cual tipo de violencia genera una mayor o menor percepción de daño en las mujeres, como tampoco es posible establecer, cual tipo de violencia se encuentra más naturalizada en su vida cotidiana y por tanto genera una menor percepción de daño.

4.2 Experiencia de violencia y motivos para realizarse el test de VIH

Como se ha señalado los principales motivos por los que las mujeres participantes en el estudio se realizaron el examen de VIH, se deben a que su pareja estaba viviendo con VIH (42,16%), por pedido del médico (23,53%), por embarazo (13,72%) y finalmente un 12,74% se realizó el test ya sea por voluntad propia o este motivo junto a otra razón como pedido del médico y violación.

Tabla Nº 29: Repercusión en salud mental según experiencia de violencia

Tipo de violencia vivida	Repercusión	Nada	Poco	mucho	Total
Abuso sexual infantil		0	1	3	4
Violación		0	2	0	2
Violencia física		0	1	1	2
Violencia psicológica		1	8	6	15
Violencia física y psicológica		1	2	7	10
Abuso sexual infantil y violencia psicológica		0	0	4	4
Violación y violencia psicológica		0	2	1	3
Abuso sexual infantil, violación y violencia psicológica		0	0	2	2
Abuso sexual infantil, violencia física y psicológica		1	3	2	6
Violación, violencia física y psicológica		0	0	2	2
Abuso sexual infantil, violación, violencia física y psicológica		0	1	10	11
Abuso sexual infantil y violación		0	1	0	1
Total		3	21	38	62

45 El valor de esta asociación es de 0,332.

Aún cuando al cruzar la experiencia de violencia con los principales motivos por los cuales las mujeres se realizaron el test de VIH, no existen asociaciones significativas[46], cabe mencionar que 6 de las 13 mujeres que indicaron como motivo, para realizarse el test la "voluntad propia", son mujeres que han vivido o viven violencia. En segundo lugar, desde la perspectiva de la prevención cabe destacar que pareciera haber indicios respecto de que la vivencia de violencia no permitiría que las mujeres estimaran la posibilidad de contraer el VIH, ya que hay una alta concentración de mujeres que vivieron o viven violencia psicológica y física y que no se realizaron el examen por voluntad propia. También se aprecia un alto número de mujeres afectadas por violencia psicológica y otro afectado por todas las formas de violencia, de las cuales sólo 4 se realizaron el test por voluntad propia.

4.3 Agresores

Con respecto a quienes fueron los agresores según las diversas experiencias de violencia reportadas por las mujeres participantes del estudio, se puede concluir que en el 66,8% de los casos de violencia psicológica, el agresor fue un hombre con quien la mujer tuvo una relación de pareja, este también fue su agresor en el 81,25% de los casos de mujeres que reportaron violencia física, en el 59,1% de los casos de mujeres que declararon abuso sexual y violación e incluso, en el 3,44% de los casos en que las mujeres declararon haber vivido abuso sexual en la niñez.

Los agresores de las mujeres que reportaron abuso sexual en la niñez, fueron en una mayor proporción familiares cercanos (44,82%), luego vecinos o amigos de la familia (20,68%) y en tercer lugar el padre o padrastro (17,24%).

La tabla N° 31 que se muestra a continuación permite tener una apreciación de conjunto respecto de quienes son los agresores según las diversas experiencias de violencia reportadas por las participantes del estudio.

Estos resultados permiten confirmar lo señalado en diversos estudios en orden a que las mujeres son principalmente violentadas por personas cercanas, ya que las agresiones por desconocidos corresponden a 13,63% de los casos de abuso y violación; mientras que el 6,89% de los casos de abuso sexual infantil fueron cometidos por desconocidos.

Tabla N° 30 Realización del test por voluntad propia según tipo de violencia vivida

Tipo de violencia vivida	Voluntad propia	No	Si	Total
Abuso sexual infantil		4	0	4
Violación		1	1	2
Violencia física		2	0	2
Violencia psicológica		13	2	15
Violencia física y psicológica		10	0	10
Abuso sexual infantil y violencia psicológica		3	0	3
Violación y violencia psicológica		2	1	3
Abuso sexual infantil, violación y violencia psicológica		2	0	2
Abuso sexual infantil, violencia física y psicológica		6	0	6
Violación, violencia física y psicológica		2	0	2
Abuso sexual infantil, violación, violencia física y psicológica		10	2	12
Abuso sexual infantil y violación		1	0	1
Total		56	6	62

Tabla N° 31: Tipo de violencia vivida según quien la causó

	Psicológica o emocional	Física	Abuso sexual o violación	Abuso sexual en la niñez
Marido / pareja actual	18 casos; 33,4%	10 casos;31,25%	6 casos; 27,27%	0
Ex marido / ex pareja/novio	18 casos; 33,4%	16 casos; 50,0%	7 casos; 31,82%	1 caso; 3,44%
Padre / padrastro	6 casos; 11,11%	3 casos; 9,38%	2 casos; 9,09%	5 casos; 17,24%
Ex pareja y padrastro	1 caso; 1,85&	1 caso; 3,21%	0	0
Familiar cercano	5 casos; 9,25%	2 casos; 6,25%	0	13 casos; 44,82%
Pariente del marido / pareja	3 casos; 5,55%	0	0	0
Vecino / amigo de la familia	1 caso; 1,85%	0	1caso; 4,54%	6 casos; 20,68%
Desconocido	0	0	3 casos; 13,63%	2 casos; 6,89%
Hermano y madre	1 caso; 1,85%	0		0
Pareja actual y madre/padre	1 caso; 1,85%	0	0	0
Amigo de la familia y padre	0	0	1 caso; 4,54%	0
Marido y tío	0	0	1 caso; 4,54%	0
No contesta	0	0	1 caso, 4,54%	2 casos; 6,89%
Total	54 (100%)	32 (100%)	22 (100%)	29 (100%)

46 El valor de estas asociaciones fluctúan entre 0,960 y 0,101.

4.4 Experiencia de violencia y estado civil de las mujeres

Respecto de la asociación entre la experiencia de violencia vivida y el estado civil de las mujeres participantes del estudio, la prueba de asociación entre variables indica que esta no sería estadísticamente significativa[47]. Este tipo de vivencias es más frecuente en mujeres solteras (23 casos), seguidas de quienes están casadas o viven en pareja (19 casos), luego por las mujeres viudas (14 casos) y finalmente por las divorciadas o separadas (7 casos).

Según el tipo de violencia, la violencia psicológica como única forma de agresión experimentada por un total de 15 mujeres, es más extendida entre las "casadas" y luego entre las viudas, aunque también se presenta entre mujeres solteras y divorciadas.

Entre quienes vivieron violencia múltiple (2 o más tipos de violencia), la experiencia de violencia física y psicológica es reportada por 10 mujeres, afectando principalmente a mujeres viudas y en orden decreciente a solteras (3 casos) y casadas (2 casos).

Entre las 12 mujeres que han vivido o viven todas las formas de violencia, la mayor concentración de casos (5) se da entre mujeres solteras, aunque también se presenta en menor número entre mujeres casadas (3 casos) y divorciadas (3 casos) y en una de las mujeres viudas.

Si bien no se puede afirmar que la violencia se relaciona al estado civil, es relevante señalar que entre las mujeres participantes del estudio se encontró que la presencia de violencia es más extendida en aquellas mujeres que están actualmente divorciadas o separadas, ya que un 77,8%, es decir, 7 de un total de 9 han vivido violencia. Le siguen las 21 mujeres que se encuentran actualmente viudas, ya que 14 de ellas han vivido violencia (66,7%), incluso 2 de ellas continúan viviendo violencia física. El tercer grupo más afectado son las mujeres solteras, ya que 60,52%, es decir, 23 de un total de 38 han vivido o viven violencia. Finalmente, la experiencia de violencia ha afectado o afecta al 55,9% de las mujeres casadas, es decir a 19 de un total de 34 mujeres que dijeron estar casadas o vivir en pareja.

4.5 Experiencia de violencia y nivel de instrucción

Respecto al cruce entre experiencia de violencia y el nivel de estudios de las mujeres, los datos permiten apreciar que la violencia psicológica, como única forma de agresión que concentra el mayor número de casos (15), es experimentada por mujeres de todos los niveles de instrucción, exceptuando a quienes tienen estudios universitarios incompletos y que afecta con mayor frecuencia a mujeres con estudios secundarios o técnico profesionales completos.

Entre las manifestaciones de violencia múltiple más frecuentes, se observa que la vivencia de violencia física y psicológica que afecta a 10 mujeres, es experimentada en igual número por mujeres con distintos grados de instrucción, exceptuando también a quienes alcanzaron estudios universitarios incompletos.

La vivencia de abuso sexual infantil, violencia física y psicológica que afecta a seis mujeres, es experimentada mayormente (3 casos) por quienes tienen estudios secundarios o técnico profesionales completos; por una mujer con estudios secundarios incompletos, por otras dos mujeres que tienen el nivel más bajo y más alto de educación.

La experiencia de violencia múltiple que incluye todas las formas de violencia por las que se consultó en el estudio (abuso sexual en la infancia, violencia psicológica, física y violación) y que es declarada por un total de 12 mujeres, afecta a quienes tienen los más bajos niveles educativos y también a quienes tienen estudios secundarios o técnico profesionales completos; concentrándose el mayor número de casos entre las que tienen estudios secundarios completos, luego entre mujeres que tienen enseñanza secundaria incompleta y ninguna instrucción o estudios primarios incompletos y en menor número en mujeres con enseñanza primaria completa.

No obstante, las pruebas de asociación entre la experiencia de violencia y el nivel de instrucción de las mujeres, indican que no existe una asociación significativa[48] entre ambas variables, lo que podría deberse a la diversidad de las experiencias de violencia declaradas por las participantes del estudio.

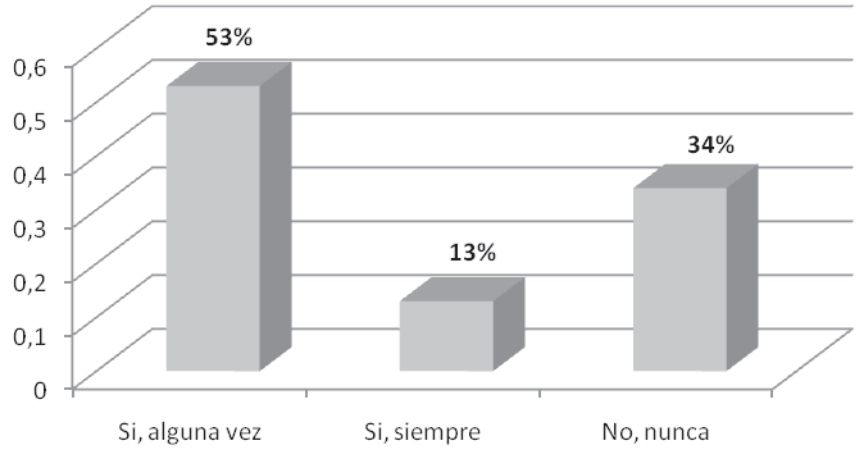
4.6 Violencia contra la madre

Para explorar la relación entre tener la experiencia de violencia y haber sido testigos de violencia, se preguntó a todas las participantes en el estudio, acerca de la presencia de violencia hacia su madre, encontrándose que 67 mujeres, es decir 65,7%, fueron testigos de actos de violencia en contra de su madre por parte de quien era su pareja. Entre ellas 54 presenciaron dichos actos "alguna vez" y 13 "siempre", mientras que 35 mujeres no vieron ni escucharon que su madre fuera agredida (34%). El gráfico siguiente ilustra lo dicho:

47 El valor de esta asociación es de 0,116.

48 El valor de esta asociación es de 0,088.

Gráfico Nº 6
Violencia contra la madre



4.7 Experiencia actual de violencia

El análisis estadístico del cruce entre haber vivido violencia y vivirla actualmente, indica que ambas variables no se asociarían significativamente[49], sin embargo, ello podría deberse a la alta dispersión de los datos, no se podría asumir que es una situación tajante.

Entre las mujeres que actualmente viven violencia, se encuentra una que no vivió violencia antes del diagnóstico de VIH, lo que podría deberse a que esta se produce justamente por la condición de seropositividad.

No existe asociación entre estado civil y vivir actualmente algún tipo de violencia[50] no obstante, la presencia actual de violencia es levemente mayor entre mujeres solteras y se encuentra ausente entre divorciadas/separadas.

49 El valor de esta asociación es de 0,010.
50 El valor de esta asociación es de 0,659.

V. VIOLENCIA Y VIH/SIDA

Cabe destacar que más de la mitad, es decir el 56% de las 102 mujeres que participaron en el estudio, declararon haber vivido violencia antes de recibir su diagnóstico de VIH, lo que podría indicar que existe alguna relación entre haber vivido violencia y contraer el VIH.

Sin embargo, el cruce entre la edad del diagnóstico y la experiencia de violencia previa a ese momento, indica que no habría una asociación significativa[51] entre ambas variables, aun cuando en términos de frecuencias es posible observar que en el grupo etáreo en que más frecuentemente se realizó el diagnóstico (25 a 29 años), se concentra también, el mayor número de mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH.

Tampoco existiría asociación entre la edad de la primera relación sexual y haber vivido violencia antes del diagnóstico de VIH[52]. No obstante, los datos muestran que el inicio sexual más precoz corresponde también a la mayoría de los casos de mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH.

Tabla N° 32 Experiencia de violencia antes del diagnóstico de VIH según edad de la primera relación sexual

	Vivió violencia antes del diagnóstico de VIH		
	Si	No	Total
Edad de primera relación sexual			
11 a 13 años niñez	3	2	5
14 a 18 años adolescencia	43	31	74
19 a 31 años juventud	11	12	23
Total	57	45	102

El uso de métodos anticonceptivos y la experiencia de violencia antes del diagnóstico de VIH, no se asocian significativamente[53]. No obstante, entre las mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico, el uso de anticonceptivos alcanza al 59,6% y entre las que no vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH se eleva a 71,1%.

51 El valor de esta asociación es de 0,118.
52 El valor de esta asociación es de 0,323.
53 El valor de esta asociación es de 0,229.

1 EXPERIENCIA DE VIOLENCIA PREVIA AL DIAGNÓSTICO DE VIH Y PERCEPCIÓN DE DAÑO

Entre las 57 mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH, la incidencia de todos los tipos de violencia prácticamente se duplica en comparación con la tendencia de la muestra, ya que el daño emocional o psicológico se eleva al 80,7%, la violencia física al 50,9%, el abuso sexual al 42,1% y la experiencia de violación al 24,6% de las mujeres que experimentaron violencia antes de recibir su diagnóstico de VIH.

Como se observa en la tabla N° 33, destaca la presencia de violencia múltiple en las vidas de 34 mujeres. Es decir, en el 59,6% de aquellas que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH. En este grupo, 12 mujeres tuvieron experiencias de violencia psicológica y física, y se concentra el mayor número de quienes vivieron todas las formas de violencia (7 de 12). También es posible observar que entre ellas se encuentra la proporción más alta (15 de 18) de mujeres que vivieron abuso sexual en la infancia y/o violación, junto a otra forma de violencia[54].

Respecto a las percepciones que tienen las mujeres acerca del daño ocasionado por la experiencia de violencia, pareciera que los aprendizajes de género y consiguiente naturalización de la conducta violenta durante las distintas etapas de su ciclo vital, estarían explicando que la prueba de chi² aplicada al cruce entre las variables formas de violencia vividas antes del diagnóstico de VIH y repercusión de estos comportamientos en la salud mental, no muestren una asociación significativa.

Cabe destacar que la única relación significativa55 se da en el cruce entre la variable "daño físico grave al menos una vez o agresiones menores reiteradas"

54 Este cuadro se construye con la información recogida a partir de la pregunta N° 39 del cuestionario, detectándose que hay mujeres que develan situaciones de violencia vividas antes del diagnóstico de VIH, que no mencionaron al momento de preguntárseles por cada uno de los tipos de violencia.

Tabla Nº 33: Tipos de violencia vividas antes del diagnóstico de VIH

Tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH	Frecuencia	%
Daño emocional o psicológico	13	22,80
Daño físico grave	2	3,51
Haber sido tocada de manera inapropiada	6	10,52
Obligada a tener relaciones sexuales	2	3,51
Daño emocional o psicológico y daño físico grave	12	21,05
Daño emocional o psicológico y haber sido tocada de manera inapropiada	4	7,01
Daño emocional o psicológico y obligada a tener relaciones sexuales	2	3,51
Daño físico grave y haber sido tocada de manera inapropiada	1	1,75
Daño emocional o psicológico; daño físico grave y haber sido tocada de manera inapropiada	5	8,77
Daño emocional o psicológico; daño físico grave y obligada a tener relaciones sexuales	2	3,51
Daño emocional o psicológico; haber sido tocada de manera inapropiada y obligada a tener relaciones sexuales	1	1,75
Todas las formas de violencia	7	12,29
Total	57	100,00

y "repercusión en salud mental"; como se observa en la tabla a N° 3, 22 mujeres de las que sufrieron daño físico grave antes del diagnóstico, declararon que esta experiencia repercutió mucho en su salud mental.

Tabla Nº 34: Daño físico grave y repercusiones en la salud mental

		Repercusión en salud mental			
		Nada	Poco	Mucho	Total
Daño físicograve*	No	0	14	14	28
	Si	2	4	22	28
Total		2	18	36	56

* Una mujer no contestó la pregunta referida a daño en la salud mental.

Con respecto a la percepción de daño en la salud mental producto de la experiencia de violencia física, es importante destacar, que la mayoría de las mujeres que vivió este tipo de agresiones, 27 de un total de 29, también fueron víctimas de otras formas de violencia, experimentando más de la mitad de ellas, tres y cuatro tipos de agresiones.

2 VIOLENCIA ANTES DEL DIAGNÓSTICO Y PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES

El cruce de las variables estado civil y haber vivido violencia antes del diagnóstico de VIH, indica que no habría asociación[56], aun cuando pareciera que entre quienes vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH, es más frecuente que su actual estado civil sea el de viuda o divorciada/separada.

El análisis del cruce entre nivel de estudio de las mujeres y haber vivido violencia antes del diagnóstico de VIH, indica que no habría asociación entre ambas variables[57].

55 El valor de esta asociación es de 0,009.
56 El valor de esta asociación es de 0,290.
57 El valor de esta asociación es de 0,607.

Tampoco existiría una asociación significativa entre nivel de estudios y el tipo de violencia vivida antes del diagnóstico[58]. La experiencia de violencia psicológica antes del diagnóstico de VIH, afectó a todas las mujeres que tienen bajos niveles educativos (ninguno, primaria incompleta y completa), y también a todas las que tienen niveles educativos superiores (terciarios completos e incompletos); y a la mayoría con estudios de nivel secundario/técnicos profesionales ya sean completos o incompletos.

Esta distribución permite pensar que el ejercicio de violencia psicológica es mayor contra quienes presentan una situación de menor poder respecto de los recursos de información y probablemente menor acceso al trabajo remunerado, y también contra aquellas mujeres que han accedido a una condición que les posibilitaría incrementar su poder y por ende su posibilidad de actuar con autonomía, en ambos casos, el ejercicio de violencia tendría como finalidad establecer o mantener el control sobre las mujeres.

Respecto de la relación entre el nivel de ingresos y la experiencia de violencia previa al diagnóstico, los datos indican que no habría asociación entre ambas variables. La siguiente tabla muestra la distribución en frecuencias:

Tabla Nº 35: Vivió violencia antes del diagnóstico de VIH según ingreso mínimo mensual líquido

	Si	No	Total
Menor a 1 ingreso mínimo Menos de $127.000 US$ 203,84	13	10	23
De 1 a menos de 2 ingr. mínimo $127.000 a 253.000 US$ 203,84 a 406,09	26	20	46
De 2 a menos de 3 ing. mínimo $254.000 a 380.000 US$ 407,69 a 609,64	12	9	21
De 3 a menos de 4 ing. mínimo $381.000 a 507.000 US$ 611,54 a 813,79	5	6	11
Total	56	45	101

58 Los valores que arroja la prueba de chi² son los siguientes 0.343 para "daño emocional o psicológico", 0.564 para "daño físico grave"; 0.698 para "haber sido tocada de una manera inapropiada o haber tenido relaciones o contacto sexual cuando niña" y 0.429 para "obligada a tener relaciones o contacto sexual".

La tabla anterior, que agrupa el total de ingresos declarados por las mujeres, usando como parámetro el valor de enero del 2009, del Ingreso Mínimo Mensual Líquido (IMML) por trabajo, que ascendía a $127.000 (US$203,84), muestra que el mayor número de mujeres que vivió violencia antes del diagnóstico de VIH, tiene ingresos que oscilan entre menos de 1 a menos de 3 IMML y que una proporción minoritaria cuenta con ingresos iguales o superiores a 3 ingresos mínimos mensuales.

Un número mayoritario, equivalente al 46,2% de las mujeres que vivió violencia antes del diagnóstico de VIH, tiene ingresos familiares iguales a 1 y menores a 2 ingresos mínimos mensuales líquidos, lo que estaría indicando que la proporción de mujeres de bajos ingresos es mayor en este grupo que en la población de trabajadoras, ya que según la Encuesta CASEN 2006, a nivel nacional un 45% de las mujeres obtiene ingresos por trabajo que son iguales a 1 y menores a 2 IMML. Cabe señalar que al considerar el total de ocupados quienes obtienen ingresos en este rango, representan una proporción de 39,5%.

Una proporción de 23,21% de las mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH, viven con menos de un sueldo mínimo mensual líquido, porcentaje que es también mayor al que presenta la población de mujeres trabajadoras, ya que solo un 20,9% de ellas obtiene ingresos por trabajo menores a 1 ingreso mínimo mensual líquido. Respecto del total de ocupados la distancia aumenta, ya que el porcentaje de quienes reciben ingresos más bajos alcanza a 14,8%.

Un 21,42% de quienes vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH tiene ingresos que son iguales a 2 e inferiores a 3 ingresos mínimos mensuales líquidos, proporción que es superior al 14,9% de mujeres, que obtienen ingresos por el trabajo equivalentes a estos montos. En el total de ocupados el porcentaje de quienes perciben estos ingresos alcanza al 17%.

Finalmente, una proporción equivalente al 8,9% de mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH, tienen ingresos familiares mayores a 3 ingresos mínimos mensuales líquidos, proporción que es bastante menor al 20% de mujeres trabajadoras que obtienen ingresos equivalentes a dicho monto. La distancia es aun mayor al comparar con el total de ocupados, ya que un 28,7% percibe ingresos mayores a 3 IMML.

En términos generales se puede concluir que las mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH son parte de los sectores con menores ingresos y que entre ellas la proporción de quienes perciben los más bajos ingresos, es mayor respecto del conjunto de mujeres trabajadoras y más aun respecto del total de ocupados.

Considerando el ingreso per cápita de las mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH y usando como parámetro de medición, el valor de una canasta básica alimentaria, se puede observar que según tipo de violencia vivida, un número importante de ellas, tienen ingresos per cápita que las ubican bajo la línea de pobreza.

En tal sentido, una proporción mayoritaria, que oscila entre 55,1% y 43,47% de los casos de mujeres que vivieron experiencias de violencia psicológica o física o abuso sexual o violación, acceden a ingresos per cápita que las ubican en situación de pobres indigentes.

Se observa que hay un grupo importante que concentra entre el 32,14% y el 30,43% de las mujeres por tipo de violencia vivida, con ingresos que les permiten acceder hasta 2 canastas básicas alimentarias, lo que las ubica en situación de pobreza.

Finalmente se identifica en cada tipo de violencia, un número menor de mujeres, que proporcionalmente oscila entre 26,08% y un 14,28%, que pueden acceder a 3 y más canastas alimentarias, por lo que no están en condición de pobreza.

El análisis de asociación entre línea de pobreza y haber vivido violencia antes del diagnóstico, no muestra que haya asociación significativa entre estar bajo o sobre la línea de pobreza y haber vivido cualquier tipo de violencia. Los valores del cálculo de asociación para "daño emocional o psicológico" es de 0.538, para la experiencia de violencia física 0.788, para "haber sido tocada de manera inapropiada" 0.178, y para "haber sido obligada a mantener relaciones sexuales 0.609.

3 EXPERIENCIA DE VIOLENCIA ANTES DEL DIAGNÓSTICO Y VIOLENCIA CONTRA LA MADRE

El cruce de las variables violencia en contra de la madre y experiencia de violencia previa al diagnóstico de VIH, muestra que no existiría una asociación estadísticamente significativa[59].

La tabla de contingencia a continuación, da cuenta de un alto porcentaje equivalente a 73,7% de mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico y que presenciaron alguna vez o siempre que su madre era violentada, cabe destacar que este porcentaje estaría indicando que entre estas mujeres, la experiencia de maltrato de sus madres es más frecuente que la que presenta en el conjunto de las participantes en este estudio (65,7%).

59 El valor de esta asociación es de 0,139.

Tabla Nº 36 Vivió violencia antes del diagnóstico de VIH según violencia en contra de su madre

	Vivió violencia antes de recibir diagnóstico VIH		
	Si	No	Total
Violencia en contra de su madre			
Si, alguna vez	33	21	54
Si, siempre	9	4	13
No, nunca	15	20	35
Total	57	45	102

El análisis de la asociación entre haber presenciado violencia en contra de su madre y el tipo de violencia experimentada de manera previa al diagnóstico, tampoco muestra asociaciones significativas[60]. No obstante, es destacable que la asociación más fuerte se presenta entre haber presenciado violencia en contra de su madre y haber experimentado daño emocional o psicológico[61].

60 El valor de la asociación entre haber presenciado violencia en contra de su madre y todos los demás tipos de violencia vividos de manera previa al diagnóstico, es bastante menos significativo que respecto del daño emocional o psicológico, ya que respecto del "daño físico grave" es de 0.128, y de "haber sido tocada de manera inapropiada" es de 0.912 y "obligada a mantener relaciones sexuales es de 0.654.
61 Sin embargo el nivel de asociación es bajo equivalente a 0,044

VI ANÁLISIS CUALITATIVO

A todas las mujeres que participaron en la encuesta y que manifestaron haber vivido violencia antes del diagnóstico de VIH se les consultó si aceptaban participar en una entrevista en profundidad para recabar información más detallada sobre sus experiencias y percepciones sobre algunos de los tópicos que abarcaba la encuesta.

Para la realización de las entrevistas en profundidad se constituyó un equipo conformado por el equipo educativo de EPES quienes se contactaron y visitaron a las mujeres que aceptaron ser entrevistadas. Del total de mujeres encuestadas, 10 accedieron a la realización de la entrevista en profundidad, lo que otorga un nivel de saturación teórica suficiente como para validar la información obtenida.

El cuadro siguiente resume los tópicos y sub tópicos contenidos en las entrevistas, los que fueron trabajados a través de análisis categorial simple.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación a las categorías analizadas.

1 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA

Respecto de las experiencias de violencia intrafamiliar en la infancia o adolescencia, éstas son abordadas a través del análisis de la relación entre su padre y madre; además de su propia relación con la madre, el padre, hermanos y hermanas. Posteriormente se alude a la búsqueda de ayuda frente a la violencia vivida en esa etapa de la vida.

1.1 Relación entre padre y madre

Los relatos de las entrevistadas permiten establecer un continuum de los tipos de relaciones de pareja, el que estaría dado por aquellas relaciones tipificadas como buenas, con los conflictos propios de este tipo de vínculos afectivos: "*…nunca vi que ellos se violentaran o algo así, tenía sus discusiones como todos, pero en su pieza, nunca vi violencia…*" *(Entrevistada Nº 7).*

Cuadro Nº 1: Resumen de tópicos y sub-tópicos análisis cualitativo

Tópicos	Sub-Tópicos
Violencia intrafamiliar en la infancia o adolescencia	Relación entre padre y madre Relación con su madre, padre, hermanos y hermanas Búsqueda de ayuda frente a la violencia
Violencia sexual en la infancia o adolescencia	Violencia sexual por parte de familiar, conocido o desconocido Búsqueda de ayuda en servicios de salud, familia, amigos, fuerzas de seguridad, otros.
Violencia en las parejas	Violencia física, psicológica o económica perpetrada por el marido o pareja actual, ex marido o ex pareja. Violencia sexual por parte del marido o pareja actual, ex marido o ex pareja Violencia cruzada Relaciones forzadas sin uso de preservativo
Búsqueda de ayuda	Orientación sobre violencia y VIH en Servicios de Salud Fuerzas de seguridad Familiares, amigos, etcétera
Uso e información sobre métodos anticonceptivos (MAC)	Información y uso previo al diagnóstico Resistencia de la pareja al uso de preservativo MAC utilizado actualmente
VIH/SIDA	Razones por las que se hizo el examen Consejería antes y después del diagnóstico
Violencia institucional	Dificultad para acceder a tratamiento y servicios del VIH Discriminación por parte de profesionales de la salud
Percepción de relación entre Violencia y VIH en su vida	

Seguidamente estarían aquellas parejas que aún cuando mantienen una relación de conflictividad, no llegan a ejercer violencia física: "*Entre ellos, toda la vida se han peleado se han llevado mal, se llevan un rato bien otro mal...*" *(Entrevistada Nº 1).*

En otros casos, dicha relación incluye violencia física, de parte de la pareja hacia la madre, teniendo como consecuencia la separación: "… *me acuerdo de que una vez mi papá le pegó a mi mamá y nos fuimos, nos fuimos y nunca más volvimos…*" *(Entrevistada Nº 2).*

Por otra parte, los relatos permiten ver las explicaciones que las mujeres atribuyen tanto al origen como al cese de la violencia física, en que el primero estaría relacionado al alcoholismo del padre y el cese de la violencia física, en la autodefensa de la madre: "…*era muy alcohólico, él tomaba todos los días, había días que tomaba meses y meses después paraba y descansaba y después seguía, con mi mami nunca fue violento, porque mi mami no le aguantaba, una pura vez me acuerdo yo, cuando chica, que le pegó desprevenido cuando ella estaba vuelta, pero fue la única vez que yo me acuerdo que él le pego, pero después no, nada...*" *(Entrevistada Nº 3).*

En el extremo del continuum estarían las relaciones entre el padre y la madre tipificadas como violentas, en que la madre es vista como indefensa: "*...defendíamos a mi madre, o sea la cuidábamos, estábamos con ella en todo momento, para que no la siguiera golpeando...*" *(Entrevistada Nº 4).*

La violencia psicológica, aparece en el relato de las entrevistadas sin mayores descripciones ni explicaciones, sino sólo como una constatación de realidad parcial: "*A mi mamá le pegaba, la insultaba…*" *(Entrevistada Nº 6*). Por otra parte, la violencia sexual y económica no aparecen en los relatos, tal vez ello se deba a que es mucho más difícil de presenciar, o a que no existe en el imaginario de las entrevistadas.

El recuerdo, por parte de las entrevistadas, de violencia contra la madre incluye al padre como a otras parejas de ésta, lo que daría cuenta de la conformación de un imaginario masculino por parte de las entrevistadas que incluye este tipo de relaciones.

1.2 Relación con su madre, padre, hermanos y hermanas

Los discursos de las mujeres entrevistadas incluyen por una parte experiencias infantiles de respeto a sus derechos, como asimismo, vivencias de vulneración de tales derechos y de violencia intrafamiliar.

Las experiencias que no registran violencia intrafamiliar o vulneración de derechos infantiles, cimentan las tipificaciones de una infancia feliz: "*...era buena era una relación normal, de familia... constituida por otra hermana, después a los años restante llegó otra hermana más, pero en principio éramos dos que nos llevábamos por cuatro años... bien unidos... unidos todos sin mayores dificultades... así que yo tengo buenos recuerdos de la infancia*" *(Entrevistada Nº 9).*

Desde otra perspectiva los recuerdos infantiles incluyen relaciones violentas con miembros de las familias, en que destacan las agresiones físicas por parte del padre: "*Cuando era chica una vez me pegó, porque le quité no sé qué cosa a mi hermano, y me dejó… y me dejó aturdía en el suelo…y en una de esas desperté y me fui con mi mamá*" *(Entrevistada Nº 4).* La visión del padre como un ser desequilibrado por la agresividad sustenta las categorizaciones de una infancia desamparada: "*De mi infancia, bueno, fue dura, mala, tengo muy malos recuerdos de ella, porque mi papá a mi me trataba muy mal, me pegaba mucho. Somos 5 hermanos, pero con la que más descargaba su rabia, su odio era conmigo...*" *(Entrevistada Nº 5).* Mientras que las explicaciones al accionar del padre, sitúan a las niñas como responsables de la violencia vivida: "*No sé….porque yo tenía un carácter más fuerte que mi hermano, porque le contestaba y no me quedaba callada…eso puede de ser...*" *(Entrevistada Nº 4).*

Los castigos maternos incluyen la utilización de la violencia tanto física como psicológica, como medio para el ejercicio de la autoridad parental: "*Yo sufrí mucho maltrato de parte de mi mamá, maltrato físico y psicológico, golpes… fui golpeada durante toda mi infancia (…) inclusive una vez mi mamá me estaba apretando el cuello, me quería matar… porque yo era muy inquieta…*" *(Entrevistada Nº 8).* La búsqueda de explicaciones respecto de la violencia vivida en la infancia refuerzan la idea del castigo físico como medio de enseñanza: "*... ella me dice que porque era muy inquieta, que era muy maldadosa… porque yo le pregunté después de grande por qué me golpeaba tanto y….por eso yo tengo los dedos chuecos* (se mira los dedos) *porque donde me pegaba palos, yo me ponía los manos en la cabeza y me pegaba un palo y me llegaba en las manos... generalmente era con golpes contundentes ósea, con palos, con correa…*" *(Entrevistada Nº 8).*

Por otra parte, el abuso del poder emanado desde la estructura familiar patriarcal típica, así como el lugar que cada miembro de la familia ocupa en ella, y en particular los niños y niñas, serían una de las explicaciones que las entrevistadas atribuyen a la violencia ejercida sobre ellas durante su infancia, tanto por su madre, como por sus hermanos y otros miembros de las familias.

La violencia ejercida por la madre sobre sus hijas, es atribuida a la impotencia que generarían en ella, las vivencias negativas en su relación de pareja: "*Más*

o menos, porque mi papá bebía bastante y mi mamá quedaba sola con nosotros, entonces ahí mi mamá se desquitaba conmigo, yo era la que paga patos… era conmigo con quien ella… llegaba a quedar (realiza la mímica de agitada)… de tanto golpearme, yo le veía la cara, tenía los ojos desorbitados, "*ya déjame, déjame, déjame, por favor no me pegues más, déjame, déjame", y me pegaba, me pegaba, hasta quedar exhausta...*" *(Entrevistada Nº 8).*

La figura masculina, representada por las parejas de la madre o de la abuela materna también son tipificadas como ejecutoras directas de violencia durante la primera infancia: "*…una vez me pegó, pero me pegó tanto, tanto, tanto, que me dejó en cama semanas, porque me pegó con esos cordeles que amarran a los chanchos a los animales doblado no sé en cuántas partes, yo era chica, chica, me pegó tanto que me dejó en cama...*" *(Entrevistada Nº 2).* Del mismo modo, esta figura masculina es calificada como causa de la violencia física y sexual vivida: "*Mal con mi mamá mal, o sea no mal, sino que no somos una familia unida, ella me dejó a los ocho años votada, me pegaba cuando chica, me maltrataba mucho, por culpa de ella fui violada a los 16 años por un gallo*[62] *con el que vivía mi mamá (…) y ella defendió al gallo y se fueron (…) con el hombre...*" *(Entrevistada Nº 7).*

Al mismo tiempo, la vulneración de derechos infantiles es otra manifestación de la violencia vivida por algunas de las entrevistadas durante su infancia. Ello se expresa a través del castigo ejercido por la madre y hermanos como forma de educación sexual: "*Ellos me empezaron a negar la comida, que yo no podía tomar las cosas del refrigerador, cosas así. La mamá (…) se puso así media pesada cuando empecé a pololear, antes que quedara embarazada llegaba, tipo 11 de la noche, me cerraba la casa y la cocina estaba, todas las casas estaban así, y pasaba por un pedazo ancho del patio, y la cocina estaba afuera y me cerraban la puerta de la casa y tuve que dormir un día, acurrucadita en la cocina donde cabía solo la cocina…*" *(Entrevistada Nº 10).* Otra forma de enfrentar la sexualidad corresponde a la imposición de las ideas de la madre a su hija: "*Porque había habido un jugueteo amoroso con él, entonces mi mamá pensó que había pasado algo más allá y me obligaron a casarme... pero yo no estaba embarazada...*" *(Entrevistada Nº 8).*

La coerción al desarrollo de las habilidades relacionales y el impedimento del ejercicio del derecho a la educación se constituyen también en experiencias tanto de vulneración de derechos infantiles, como de perpetración de violencia contra las niñas: "*a mi me pegaba, me pasaba pegando, no me dejaba juntarme con nadie, yo no podía tener amigo, yo no fui al colegio, porque él, mi mami me matriculó en el colegio, y me dejó ir una semana y él me sacó, dijo que yo no tenía porque ir al colegio...*" *(Entrevistada Nº 3).*

El derecho a un lugar seguro donde habitar y al albergue familiar, junto con la obligatoriedad de realizar trabajos físicos, se constituyen también en violación a los derechos infantiles, lo que es representado como violencia en la infancia: "*…yo no me crié con mi mamá, entonces estaba con una tía, o una señora que me quisiera tener y ahí sufrí mucha violencia, por el tema de que no era de la casa, entonces me hacían pasar la lengua por todos lados (...) siempre me ponían a hacer de todo, yo me acuerdo chica lavando en una artesa y me quedé dormida lavando en un artesa… ¡chica!*" *(Entrevistada Nº 2).*

La falta de provisión por parte de la pareja de la madre, junto a la violencia física es otra de las vivencias de violencia en la infancia: "*... siempre a mí me castigaba, me pegaba…si no era mi abuelita o mi mamá que me compraban las cosas, él no me compraba nada*" *(Entrevistada Nº 6).*

Asimismo, el derecho a no ser discriminadas por razones de cualquier índole es transgredido por la pareja de la madre, lo que es representado como violencia: "*Son 3 hombres y 2 mujeres, somos 2 mujeres y mi hermana es rubia de ojos verdes, igual a él, entonces él decía que por qué yo era negra, crespa y baja, no era igual que ellos y tampoco me parecía a mi mami, mi mami era colorina y por eso que él decía que yo no era su hija, siempre decía que yo no era su hija, que yo no me parecía a nadie y siempre se desquitaba conmigo, como que yo era, no sé si me tomó odio, rencor, no sé que pasó por su mente, pero a mis hermanos nunca le hizo daño, ni a mi hermana tampoco, sino que fue conmigo no más*" *(Entrevistada Nº 3).*

1.3 Búsqueda de ayuda frente a la violencia

La búsqueda de ayuda frente a las vivencias de violencia durante el período infantil es un tema poco recurrente en el imaginario de las entrevistadas, primando más bien el sentimiento de indefensión: "*No, no había nadie, porque..., o sea, nunca llegaba nadie a mi alrededor, siempre estaba con ellos no más y si yo le contaba a la otra persona era como acusarla, cachai...*" *(Entrevistada Nº 2).*

El sentido de comunidad vivido en los años de infancia de las entrevistadas, se constituye en un elemento protector en el sentido de que los vecinos representan una única figura de apoyo infantil frente a las situaciones de violencia vividas: "*… un vecino que me arreglaba los huesos, le dijo a mi mamá una vez que si… ella volvía pegarme de esa manera de nuevo que la iba a denunciar. Pero en ese tiempo no había tanto protección hacia el niño, así que las mamás podían pegar y no pasaba nada…*" *(Entrevistada Nº*

62 Término coloquial para referirse a una persona del sexo masculino.

8). No obstante, la falta de legislación de ese tiempo en torno de la infancia y la cultura legitimadora del castigo infantil a través de medios físicos y psicológicos, corresponden a elementos que potencian que las ayudas recibidas sean sólo paliativos de las situaciones vividas: "…*mis vecinos me ayudaban, (cuando el padre la echó de la casa) los vecinos de mi mamá mejor dicho (…) ellos me recibían, ellos me daban comida, me acostaban, me hacían dormir con los hijos de repente*" *(Entrevistada Nº 6)*.

2 VIOLENCIA SEXUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA

El tema de la violencia sexual en la infancia o adolescencia es abordado considerando la experiencia vivida, como asimismo las posibilidades de obtener apoyo para enfrentar la situación.

2.1 Violencia sexual por parte de familiar, conocido o desconocido

En los discursos de quienes experimentaron abuso sexual infantil, aparecen como figuras centrales los hombres, no tipificándose las figuras femeninas como ejecutoras de este tipo de violencia. Sin embargo, en algún sentido les es atribuido cierto grado de responsabilidad en ello: "*Íbamos los fines de semana y había un tío ahí y mi mamá se acostaba no se con quien en una pieza, una cama aquí y otra acá y en el verano nos juntábamos mucha gente y a mi me acostaban con ese tío y yo sentía que él me hacia tocaciones, pero yo no sabía qué, por qué hacía eso, siempre me tocaba pero nunca llegó a decirme, ahora sé que esos son abusos deshonestos, pero él me tocaba y yo sentía su movimiento pero sin violación, sin nada...*" *(Entrevistada Nº 10)*.

Por otra parte, la figura del padre es representada como quien termina con las vivencias de violencia de sus hijas, siendo relevante en el caso de la violencia sexual: "*Mi papá se vino a dar cuenta que mi mamá me trataba mal, cuando yo le conté cuando me violaron, ahí se vino a dar cuenta y mi papá me dijo que nunca más...*" *(Entrevistada Nº 7)*.

El abuso sexual cometido por personas ajenas a la familia de origen también es terminado por el padre, siendo la figura femenina tácitamente inculpada: "*...mi tía me regaló a un matrimonio, a un matrimonio de edad, ya, yo me acuerdo, yo era chica y ese matrimonio de edad me cambió el nombre (...) y el caballero me daba besos en la boca… me daba besos cochinos en la boca, me metía la lengua en la boca…y ahí me daba terror, y ahí no se cuanto tiempo estuve, solamente me recuerdo que mi papá me fue a buscar…*" *(Entrevistada Nº 8)*.

La obtención de recompensas es otro elemento que capta la voluntad infantil con la finalidad de cometer abuso sexual: "*Era un vecino de mi abuela, nosotros íbamos pa' la casa de al lado y él empezó a tocarme y hacía que yo lo tocara también, y él me daba plata*" *(Entrevistada Nº4)*. De la misma forma, los juegos se constituyen en otro de los elementos utilizados con tal objetivo: "Yo no me acuerdo mucho, pero, yo tenía como 7, 8 años. Yo iba a jugar con una amiga que vivía en la casa de enfrente. *Este cabro*[63] *tenía como 17, 18 años. Quería que nosotros lo tocáramos a él...*" *(Entrevistada Nº 5)*.

Del mismo modo en que el padre es representado como quien termina con las situaciones de violencia en otras experiencias es quien la ha perpetrado durante la infancia: "*... él como de los 5 años me violó hasta los 7, 8 años y fue una experiencia mala*" *(Entrevistada Nº 3)*.

La pareja de la madre como así mismo los familiares cercanos, corresponden a quienes son causantes de la violación en la infancia: "… *fui violada a los 16 años por un gallo con el que vivía mi mamá (…) y yo me tuve que arrancar de la casa de ellos y me fui donde mi papá…. llegué a la casa de mi papá, una semana después mi hermano mayor me violó…*" *(Entrevistada Nº 7)*. El daño provocado por este tipo de violencia es agudizado por el silencio de la víctima provocado por las creencias culturales respecto de la veracidad de los relatos: "*no me iba a creer, porque mi hermano era el regalón de mi papá, bueno yo también era la regalona, pero como que de los hombres era el regalón, entonces no me iban a creer… quién va a creer que un hermano viole a su hermana*" *(Entrevistada Nº 7)*.

Las acciones cotidianas de la vida familiar se constituirían en algunos casos en contextos en que se comete violencia sexual infantil o contra las adolescentes. Tal vez ello propicie la búsqueda de explicaciones que desliguen de una responsabilidad total al hechor de modo de lograr restablecer dicha cotidianeidad: "*... ese día, cuando mi hermano me violó, mi hermano andaba drogado y curado… yo era de esas hermanas que me acostaba con mi hermano, sin rollo ninguno porque se supone que éramos hermanos, podíamos acostarnos juntos, sin tener… es que yo no soy morbosa, eso era lo que pasaba, antes no era morbosa ahora yo…soy más…tengo esto más abierto, la mente más abierta, ando más pendiente de las cosas, yo antes no era (…) yo era bien cariñosa, para mi no era nada cochino que me acostara con mi hermano a ver tele, pero nunca pensé que mi hermano me iba a hacer esto...*" *(Entrevistada Nº 7)*.

Por otra parte, las vivencias de violencia sexual en la adolescencia son atribuidas a la violencia física y psicológica ejercida por la pareja: "*... resulta de que*

63 Término utilizado para referirse a un niño o un joven.

cuando tenia 3 meses de embarazo de mi hijo de 36 años, mi marido como que me pegaba siempre, me pegó, me echó pa' fuera como a las 12 de la noche y yo tenía 14 años, me echó pa' fuera me cerró la puerta, yo empecé a correr, a caminar, a caminar porque me dijo 'que nunca me había querido', me dijo una pila de cosas yo seguí caminando, caminando y cuando me doy cuenta estaba casi en Gran Avenida y quise volver y me salieron 3 hombres y me asaltaron, me taparon la boca, me pusieron un cuchillo aquí en el cuello y me violaron los tres. Yo estaba embarazada de mi hijo, tenía 3 meses de embarazada, de mi hijo mayor..." (Entrevistada Nº 8).

2.2 Búsqueda de ayuda en servicios de salud, familia, amigos, fuerzas de seguridad, otros

Las experiencias de violencia sexual vividas por las entrevistadas han sido de gran crudeza, sin embargo, la mayoría de ellas no ha tenido aún la posibilidad de acceder a instancias sociales, terapéuticas o legales que reparen los profundos daños provocados. La falta de acceso a la información, junto a las creencias culturales respecto de la violencia sexual, tal vez han sido elementos confluyentes para que estas situaciones no fuesen denunciadas ante fuerzas de seguridad o tribunales de justicia, impidiendo además la recepción de atención social o de salud.

Por otra parte, los padres y madres se constituyeron en algunos casos en recursos parciales de apoyo frente a las experiencias de violencia sexual vividas: "*Yo a mi papá le conté la violación que pasó con el otro, pero no de mi hermano (…) la única persona que sabe que a mi me violó mi hermano es mi pareja nadie más*" *(Entrevistada Nº 6)*. No obstante, en otros casos sólo han abierto la experiencia durante su vida adulta o producto de esta investigación: "*...ahora al hacer la encuesta lo conté...*" *(Entrevistada Nº 10)*.

Los vecinos también forman parte de los recursos para evitar la violencia sexual y física vivida en la infancia: "*Una vez, cuando tenía como 7 años, había una vecina que vivía como a 2 casas más allá de la mía y él intentó lo mismo y yo me puse a gritar, entonces vino la vecina y me ayudó y antes que llegará la vecina él me pegó, tenía toda la cara llena de sangre, entonces la vecina lo amenazó, le dijo que ella iba a denunciarlo y él arrancó y después ella me llevó a su casa y yo me quedé con ellos, prácticamente después de los 8 años yo me crié con ellos...*" *(Entrevistada Nº 3)*.

Las construcciones sociales de ser mujer y hombre en la sociedad actual, influyen en que en muchos casos la violación sea tipificada por los otros como de responsabilidad femenina, auto imponiéndose un silencio, que tal vez se derive del mismo aprendizaje cultural impuesto por la sociedad patriarcal: "*yo me lo guardé durante todo el embarazo y igual me junté con mi marido después que me había echado para afuera y después yo no aguanté más porque pasaba soñando que me seguían con un cuchillo y me asaltaban veía la cara de los hombres… y le dije a mi marido lo que me había pasado y me dijo que me iba a perdonar, pero por el hijo que estábamos esperando…o sea, como yo tenía la culpa…*" *(Entrevistada Nº 8)*.

En general, las entrevistadas que vivieron este tipo de violencias han compartido sus experiencias con muy pocas personas, lo que estaría evidenciando el castigo social impuesto por la sociedad patriarcal sobre las mujeres que viven este tipo de situaciones.

3 VIOLENCIA EN LAS PAREJAS

3.1 Violencia física, psicológica o económica perpetrada por marido o pareja actual, ex marido o ex pareja

Este tema ha sido abordado considerando los referidos a la violencia perpetrada por el marido o pareja; episodios de violencia cruzada y relaciones sexuales forzadas sin uso de preservativo.

La violencia psicológica vivida por las entrevistadas se ha manifestado en sus relaciones de pareja como descalificaciones personales públicas, trato indiferente, además de violencia ante su presencia contra objetos de uso cotidiano: "*Descalificaciones, de repente estábamos con unos amigos, yo hablaba, 'cállate, tu no sabís nada', cachai, 'no, ella no hace nada, deja todo sucio', entonces, todo ese tipo de cosas, de repente, ya al final llegaba se acostaba, no nos tomaba en cuenta, nos daba vuelta los platos de comida cuando no le gustaban, cachai, todo ese tipo de cosas, botaba las ollas al patio cuando se le ocurría, abría los cajones, botaba todo lo que había en los cajones, entonces ya era insoportable la vida*" *(Entrevistada Nº 2)*.

La violencia psicológica también ha sido expresada a través de intimidación física: "*…cuando yo me casé, él tenía 26 años y yo tenía 12... harta la diferencia, entonces igual él me dominaba, me trataba mal, me amenazaba con que iba a pegarme si yo no hacía caso, entonces como cabra chica, yo de repente quería ver jugar y quería jugar yo también, pero no podía, empecé a madurar muy pronto...*" *(Entrevistada Nº 4)*. La experiencia de violencia psicológica, es interpretada a través de las diferencias psicológicas, producidas por la distancias entre las edades de ambos, lo que podría corresponder a una forma de justificar a la pareja, haciendo con ello más llevadera la vivencia de este tipo de violencia en la relación. No obstante, ello también podría corresponder a una forma de auto inculpación, producto de construcciones de

género y respecto de la infancia, socialmente construidas.

Por otra parte, las vivencias de violencia sexual experimentadas por las mujeres antes de la constitución de pareja, se convierten en algunos casos en elementos utilizados para ejercer sobre ellas violencia psicológica: "...*él siempre me sacaba en cara lo que había pasado, con mi papá y él igual cuando se curaba, decía yo voy a hacer lo mismo, me decía, si tú no quieres yo voy a hacer lo mismo...*" *(Entrevistada Nº 3)*.

Del mismo modo, el aprendizaje social de algunas mujeres referido al sacrifico en pos de sus hijos y de quienes componen sus seres significativos, desde la perspectiva afectiva, provocan la concesión frente a acciones violentas por parte de la pareja: "*Empezaba charchetiándome a mí y terminaba con el niño… (…) me obligaba, yo no quería, empezaba a molestarme, si no eh… ya últimamente me pegaba, me echaba de la casa en pleno invierno*" *(Entrevistada Nº 6)*. Frente a la posibilidad de evitar vivir esta situación la mujer termina aceptando la relación sexual forzada.

El estado de embarazo es un momento en que suelen provocarse los primeros episodios de violencia, convirtiéndose comúnmente en una escalada permanente a través del tiempo: "*La primera vez que me castigó yo estaba embarazada y tenía 5 meses de embarazo. Esa fue la primera vez que me pegó y de ahí siguieron continuamente hasta mi hija, mi segunda niña debe haber tenido unos 10 años y la chicoca entre 5 y 4 años, esa fue la última vez que me pegó...*" *(Entrevistada Nº 10)*.

Sin embargo, la negación de este tipo de situaciones por parte del agresor, corresponde a uno de los mecanismos de tipificación de la realidad, más comúnmente utilizados para restituir la vida cotidiana en la pareja: "*... creo que como primera vez que aparece violencia por parte de él, que él lo negó rotundamente, pero yo lo recuerdo claramente que me pegó un golpe no muy fuerte pero igual fue un golpe al fin y al cabo, cuando yo estaba embarazada, pero después lo conversamos él lo negó...*" *(Entrevistada Nº 9)*.

Las experiencias de violencia vividas por las mujeres durante el período de embarazo incluyen violencia física, psicológica y sexual. La primera expresada en golpes y las dos últimas traducidas en la exposición provocada por sus parejas, a situaciones degradantes desde la perspectiva de las construcciones sociales atribuidas a lo femenino: "*Era todo, las dos cosas, cuando estaba embarazada de mi primer hijo a los siete meses me mandó al hospital no podía caminar, con todo el ojo morado, me engañaba, me pegaba infecciones, tuve que pasar por varios tipos de inyecciones para quitarme las infecciones que él me pegaba, la sífilis, que no me la alcanzó a pegar, pero si me previnieron... Me pegó unos bichos que parecían garrapatas, ladillas, parece, no sé como se llaman y ahora el VIH… que fue lo último ya y por culpa de él me operaron de cáncer al cuello del útero que también fue por una infección que me pegó, a mi me dio cáncer, un pre-cáncer al cuello del útero*" *(Entrevistada Nº 7)*.

La vivencia de violencia con más de una pareja también forma parte de las experiencias vitales de las mujeres entrevistadas, como asimismo lo son, las diferentes formas e intensidad en que se expresa la violencia contra las mujeres. "*…me golpeaba dos o tres veces en el día, él era parece que era bisexual, porque yo llegué a una clínica psiquiátrica y caí en un estado de shock de recibir tanto golpe y tanto maltrato, entonces, él cuando… yo volví en mi... porque yo perdí la razón, me empezó a preguntar el médico y llegamos a la conclusión de que esta persona tendría desviación sexual. Se ponía mi ropa interior, se ponía mis poleras, pantalones y de él tuve 3 hijos, casada legalmente con él*" *(Entrevistada Nº 8)*. La infidelidad y la transmisión de VIH son parte de la dinámica de violencia en la pareja: "*…andaba con una con otra, pero después que pasó el tiempo, ya separada con él yo me vengo a enterar que estaba viviendo con otro hombre, era operado... era operado como mujer… y después que me notificaron, me entero que había muerto de VIH*" *(Entrevistada Nº 8)*.

El alcoholismo de la pareja es la explicación elaborada más frecuentemente por las mujeres para lograr restablecer su vida cotidiana luego de los episodios de violencia de todo tipo: "*Ha sido violencia, física, psicológica y sexualmente... él cuando tomaba se trasformaba*" *(Entrevistada Nº 8)*.

La escalada de la violencia también forma parte de las experiencias de las mujeres entrevistadas: "*... pero de repente empezó la cosa a tener pequeños problemas que se convirtieron en grandes problemas, se ponía agresivo, después se ponía la agresión violenta de golpes, después los golpes y los insultos también o sea después se puso tormentosa... así que… incluso llegó al extremo que me quitó a mi hija, o sea ese fue un episodio por peleas que tuvimos, yo estaba en otro país y nos íbamos a vivir a una ciudad, la cosa es que no resultó y él enloqueció, se enfureció, gritos vienen gritos van, que sé yo… y al final se fue con mi hija a otra ciudad, y a mi me dejaron donde estábamos, pero de la peor forma… porque él me llevó de urgencia al hospital, porque yo estaba muy nerviosa, que me dieran un tranquilizante, que me ayudaran, él contó esa versión en la entrada del hospital, en la enfermería y me pusieron un tranquilizante para dormir y él se fue… con la niña y me dejaron internada en el hospital, tuve más de tres meses hospitalizada…*" *(Entrevistada Nº 9)*. La razón de esta última situación corresponde a que según la entrevistada se requería de una persona adulta que fuese responsable de su desinternación.

La percepción de violencia por parte de las entrevistadas, se grafica en la vivencia actual de esta situación: "*Lo quiero, pero, yo le dije (…) con tus actitudes, con tu forma de hablarme, con tu desprecio estás consiguiendo que todo el amor que te tengo se convierta en odio*" *(Entrevistada Nº 5)*. En la actualidad esta mujer se encuentra embarazada, lo que viene a ratificar el período de gestación como uno de los momentos en que se experimenta violencia por parte de la pareja.

En relación a las creencias de las entrevistadas que han vivido violencia en su relaciones de pareja, destacan las auto-percepciones referidas a la prolongación equívoca de la relación: "*Con él estuvimos 14 años, yo debiera haberme separado el segundo año, porque no sé cómo aguanté tanto, porque ya al final era una cuestión que yo pensaba, cómo lo mato, cómo me deshago de él, planeaba como matarlo que nadie se diera cuanta, darle veneno, darle...*" *(Entrevistada Nº 2)*. La responsabilidad de terminar con la relación es una auto-atribución producida por la cultura patriarcal, que impone a las mujeres la necesidad de encontrar mecanismos de salida de esta dinámica de violencia intrafamiliar, auto-inculpándose cuando dichas relaciones se han prolongado innecesariamente, desde sus perspectivas, sin considerar los elementos contextuales que llevaron a mantener tales relaciones a lo largo del tiempo.

Dentro de tales factores contextuales, destacan algunas creencias que sustentadas en las construcciones culturales patriarcales respecto del género femenino, valoran la expresión de la sexualidad dentro del matrimonio y por ende el engendramiento de hijos en una relación legalmente constituida. Al contravenir esta norma cultural, las mujeres se desvalorizan frente a si mismas y a la sociedad. Por ello frente a la percepción de valoración de la pareja en ese plano, tanto de ellas como de sus hijas o hijos engendrados fuera del matrimonio, se minimizan las expresiones de violencia intrafamiliar: "*No, fíjate a mi nunca me sacó en cara lo de la niña, entonces como que eso lo mermaba todo*" *(Entrevistada Nº 10)*.

La creencia referida a la atribución social de responsabilidad de las mujeres en la situación de violencia intrafamiliar, se expresa entre otros factores en la sensación de vergüenza de estar viviéndola: "*Dios mío, como que yo empecé a tomarle odio, lo único que quería era matarlo (…) por eso decidí mejor separarme, yo le decía a una amiga, tenía una amiga que me decía, pero por qué, por qué, no le decía, es que yo quiero separarme ya no lo aguanto, pero no le contaba, yo nunca le conté por qué, porque yo decía, pucha no sé, me da vergüenza, no puedo y nunca lo conté, nunca*" *(Entrevistada Nº 3)*. El silenciamiento de la situación llega a desencadenarse en la búsqueda psicológica de alternativas de finalización de la relación de violencia. De allí entonces que las ideaciones suicidas o asesinas, constituyan parte de las vivencias de las mujeres que viven violencia en su relación de pareja.

3.2 Violencia sexual por parte del marido o pareja actual, ex marido o ex pareja

Uno de los tipos de violencia menos legitimados como tales en la sociedad chilena dice relación con la violencia sexual. Las construcciones culturales respecto de la sexualidad femenina y masculina llevan a asumir algunas situaciones como accidentales en una relación de pareja, o como expresiones propias, derivadas de las diferencias entre hombres y mujeres respecto de la actividad sexual. Ello sería una de las razones por las cuales algunas situaciones vividas por las mujeres no son tipificadas por ellas como manifestaciones de violencia sexual: "*... estuvimos juntos pero en el momento que estuvimos juntos me dice que 'yo te no creo que a los 23 años no hayas tenido relaciones nunca antes, antes'... Entonces yo le digo qué tiene de malo si no hay ninguna obligación que tiene que ser a los 16, 17 años, entonces él me dice: 'no, porque las mujeres de hoy en día están demasiado... cambiadas en relación a antes', entonces ahí empezó a forcejearme... hacerme presión en los brazos, así para que yo estuviera quieta, y yo al final terminé enojada con él esa noche, porque fue desagradable...*" *(Entrevistada Nº 9)*.

La vulnerabilidad de las mujeres producto de su ubicación en la estructura simbólica de las sociedades patriarcales, que las sitúa en una relación de inferioridad de género y de dependencia psicológica de otras personas; sería uno de los sustentos del argumento relativo a la cercanía de la familia de origen para evitar la violencia sexual: "*Que intentó forzarme, si, que yo no lo acepté. Yo creo que a mi lo que más me ayudó fue que siempre estuve cerca de mis papás, yo le decía si tu seguís con esto yo me voy y eso a él le cortó harto...*" *(Entrevistada Nº 1)*.

Las relaciones sexuales son caracterizadas por las mujeres como violencia sexual cuando ellas sienten transgredida su voluntad. Entretanto, las explicaciones que permiten reconstruir la cotidianeidad de la vida en pareja se relacionan con el alcoholismo de ellos y con las atribuciones hacia el género femenino, en el sentido de la obligatoriedad hacia sus cónyuges: "*…de repente con mi marido cuando se curaba, que él se curaba y me tomaba a la fuerza, aunque yo no quería, yo le decía que no y él igual, él decía que yo era su señora y yo tenía que hacer lo que él decía, porque para eso yo me había casado*" *(Entrevistada Nº 3)*.

Por otra parte, las construcciones culturales que atribuyen a las mujeres la sumisión frente a los hombres, y las tipificaciones de éstos como seres poseedores de un deseo sexual incontrolable, en

que la consumación del acto sexual se constituye en un elemento psicológicamente estabilizador de su personalidad, sustenta la aceptación de las mujeres de situaciones de violencia sexual: "*Ya era rutina...ya para mí era rutina, él llegaba ya me decía que quería, ya. No importa aunque yo no tuviera ganas, ya. Pasaba lo que pasaba y listo y así él me dejaba tranquila y él quedaba tranquilo po', no molestaba a nadie*" *(Entrevistada Nº 6)*.

El aprendizaje social referido a que son las mujeres las que por una parte provocan las situaciones de violación sexual, y por otro lado las responsables de evitar tales actos, debido a que el deseo sexual es constituyente de la personalidad masculina, llevan a algunas mujeres a auto-inculparse por haber sido violadas por sus parejas: "*En una discoteca en la noche, porque yo no quise tener relaciones con él y él me obligó, me violó (…) yo me la busqué igual po'... porque yo andaba carreteando y hueviando*[64] *por ahí*" *(Entrevistada Nº 4)*. La sanción social hacia las mujeres que se divierten en actividades nocturnas es expresada como auto-culpabilización, además de ser un elemento restablecedor, aunque temporal, de la cotidianeidad de la relación de pareja.

La violencia sexual perpetrada por la pareja, es representada como un daño profundo en la sexualidad e identidad femenina: "*…traumatizante, porque caí en una depresión profunda, estoy tratándome actualmente…en el consultorio, en el hospital (…) por depresión severa, porque…a ver cuando él bebía se ponía agresivo conmigo, se ponía agresivo y yo aunque no quisiera tener relaciones, tenía que tener igual…*" *(Entrevistada Nº 8)*.

3.3 Violencia cruzada

Un sub tópico emergente en los relatos de las mujeres corresponde a sus vivencias de violencia cruzada, la que es explicada por una parte como autodefensa, y por otro lado como causada por la drogadicción de la pareja: "*Violencia física, entonces cuando él se ponía a pararse, nos agarramos un par de veces..., no me dejaba, después él me tenía miedo, una vez yo le pegué fuerte, fuerte a él. Lo otro es que yo siempre viví cerca de mis papás... él ganaba plata, era buen trabajador y ganaba harta plata, pero le hacía a... era bueno para el vicio* (cocaína), *no le gustaba tomar...*" *(Entrevistada Nº 1)*. La evitación de la violencia es atribuida tanto a factores externos -cercanía física de los padres- como a la autodefensa.

La violencia cruzada vivida por las entrevistadas se expresa como violencia física. Es explicada como aprendizaje de auto-defensa y castigada con la privación de relaciones sexuales: "*Cuando peleábamos, cuando él me golpeaba no teníamos relaciones, es que yo… yo soy muy chúcara*[65] (se ríe) *cuando él me quería pegar, yo le respondía con lo que tenía en la mano, aunque él hombre siempre es más fuerte que uno, siempre me la ganaba, pero yo igual me defendía, igual le tiraba zapatos, lo que tuviera, hasta una vez le tiré un cuchillo, pero se agachó, no le llegó, esa fue la penúltima vez que me había sacado de mis casillas, pero aprendí a defenderme… pero no teníamos relaciones porque yo lo echaba, lo hacía dormir en el sillón*" *(Entrevistada Nº 7)*.

3.4 Relaciones forzadas sin uso de preservativo

El uso de preservativos no está asociado al ejercicio de violencia sexual en el imaginario de las entrevistadas. Ello debido a que dicho tópico no aparece en los relatos de modo negativo, es decir, como un texto referido a que sus agresores no utilizaron condones al momento de la violación. Del mismo modo, tampoco aparece como un relato positivo en torno a la salud sexual y reproductiva, en el sentido de que las entrevistadas manifestaran su preocupación en dicho ámbito, su enojo o al menos desacuerdo, porque quienes ejercieron violencia sexual sobre ellas no utilizaron preservativos.

4 BÚSQUEDA DE AYUDA

La búsqueda de ayuda en torno a la violencia experimentada en la vida adulta de las mujeres entrevistadas es analizada considerando la orientación sobre violencia y VIH en Servicios de Salud; el rol de las fuerzas de seguridad y el apoyo prestado por familiares y amigos.

4.1 Orientación sobre violencia y VIH de Servicios de Salud

Los relatos sobre la búsqueda de orientación y apoyo para enfrentar las vivencias de violencia y el VIH en servicios de salud, refleja el aprendizaje cultural de las mujeres, respecto de su necesaria postergación en función del pleno desarrollo de quienes conforman su entorno afectivo más próximo: "*No, nunca busqué ayuda, porque no tenía tiempo tampoco (…) no me daba el tiempo por el negocio, los niños, la casa, el almuerzo, y todo*" *(Entrevistada Nº 7)*.

Por otra parte, el daño psicológico producido por la experiencia de violencia sexual en la infancia, se constituye en un obstáculo en la actualidad para

64 Cuando señala que andaba 'carreteando' y 'hueviando', quiere decir que salía a divertirse.

65 Quiere decir rebelde.

enfrentar procesos terapéuticos tendientes a fortalecer los recursos personales para afrontar la vida con sus características actuales: "… *cuando me separé fui donde una amiga y me dijo que fuéramos donde una psicóloga, ella me llevó donde la psicóloga, pero la señorita empezó y yo no quise ir más, después me vino un bajón de depresión y tomé pastillas, me quería morir, me volvieron a llevar al hospital y me querían internar (…) me mandaron a la psicóloga, me dio pastillas, empezó a tratarme, pero también, no quería hablar del tema de mi niñez, no quise ir y no fui nunca más" (Entrevistada Nº 3).*

El diagnóstico de VIH provoca en las mujeres entrevistadas, la necesidad de obtener ayuda profesional, pero siempre con rasgos de auto-postergación, ya que la finalidad es externa a las mujeres. En otras palabras, el eje de su motivación para acudir a atención profesional, se relaciona con los roles culturalmente atribuidos a ellas en torno al cuidado familiar: "*Ahí conté todo, mi violación, todo, a la psicóloga le conté todo, y si hablé del VIH con ella era porque sabía que necesitaba ayuda, porque yo... necesitaba sujetarme en algo para poder yo sacar a mi hijo adelante, porque si yo me hundo, mi familia se va a hundir conmigo, y yo no quiero eso..." (Entrevistada Nº 7).*

Del mismo modo, cabe mencionar que la motivación para acudir a atención profesional, no está dada por las vivencias de violencia a lo largo de las vidas de las entrevistadas, sino por el diagnóstico de VIH. Ello reflejaría las concepciones respecto de la salud física y psicológica, en que prevalece la valoración de la primera por sobre la segunda. Asimismo, podría ser reflejo de la naturalización de la violencia al interior de las relaciones de pareja: "*Después de los años cuando él estaba diagnosticado ya de SIDA, ahí vine hablar con psicólogo del tema, (se refiere a la violencia en la pareja) pero antes nunca..." (Entrevistada Nº 9).*

4.2 Fuerzas de seguridad

La naturalización de la violencia sexual al interior del matrimonio, ha sido una constante a lo largo de los años en las concepciones con que integrantes de las fuerzas de seguridad han enfrentado, en términos generales, la violencia intrafamiliar. "*Yo quedé embarazada incluso de los primeros niños, antes de la niña que está aquí… porque el papá me agarró, me agarró, me pegó, me violó… yo fui a acusarlo y me dijeron que no, porque donde vivíamos juntos… éramos un matrimonio, no había violencia, ahí en ese sentido no es violación." (Entrevistada Nº 6).* Ello corresponde al reflejo de la cultura patriarcal que hace atribuciones sociales a cada uno de los sexos y por lo tanto, asigna roles y poder diferenciados para hombres y mujeres.

Sin embargo, al correr del tiempo ha habido capacitaciones a quienes integran las fuerzas de seguridad chilenas, en particular a la división de la familia de Carabineros. Queda pendiente la tarea de conocer si ha habido cambios en ellos, en lo relativo al imaginario de la violencia sexual como un delito cometido dentro del matrimonio.

Por otra parte, pareciera ser que en el imaginario de las/os integrantes de las fuerzas de seguridad, la violencia física y la intimidación psicológica está concebida como delito. No obstante, cabe preguntarse si la existencia de antecedentes penales anteriores a la denuncia por violencia intrafamiliar, se constituye en la razón central para la aplicación de sanciones: "*...hace más de un año atrás lo demandé por violencia intrafamiliar y... él tenía unos manejos por estado de ebriedad y no había ido a firmar y lo dejaron preso por 10 meses… porque tenía una escopeta y decía que la iba a cargar y me iba a matar a mi y a mi niño, se volvía loco, se volvía loco cuando tomaba… entonces yo lo denuncié y lo vinieron a sacar de la casa y se lo llevaron, ahí estuvo 10 meses preso y en esos 10 meses que él estuvo preso, yo lo iba a visitar y él me prometió que nunca más me iba a golpear, ni a insultar, ni hacerme nada de lo que me hacía" (Entrevistada Nº 8).*

La desestabilización emocional y psicológica que produce la violencia intrafamiliar en las mujeres, genera en ellas la necesidad de restablecer la cotidianeidad de sus vidas, ello corresponde entre muchos otros factores, a la razón por la cual las mujeres desarrollan mecanismos esperanzadores en las posibilidades de cambio de su pareja, lo que va arraigando la idea de que la violencia vivida durante esa relación, corresponde a episodios aislados producto de factores externos como por ejemplo, el alcoholismo o drogadicción de la pareja.

La esperanza en el cambio y en la recuperación de las expresiones de amor de la pareja que se producen con posterioridad a los episodios de violencia, se convierten en elementos restablecedores de la dinámica cotidiana de la familia. Por ello, es necesario deconstruir esta idea en quienes viven violencia, para lograr que dichos actos sean concebidos como un modo equivocado y dañino de resolver conflictos, potenciándolos como factores de cambio reales.

4.3 Familiares, amigos, etcétera

Por otra parte, el mandato social hacia las mujeres que les induce al sacrificio por los otros y a la aceptación del poder masculino sobre ellas, junto a la auto- culpabilización provocada por las atribuciones culturales sobre lo femenino, que entre otras cosas responsabiliza a las mujeres de la armonía familiar, estimulan para que la violencia sea un fenómeno que se vive de un modo solitario. De

manera que la ayuda externa suele ser por azar o cuando la situación se hace insostenible, desde la perspectiva de la seguridad física de las mujeres y sus hijas e hijos.

Los grupos de autoayuda, impulsados por diferentes instituciones sociales, corresponden a una alternativa que permitiría que las mujeres que viven violencia, puedan deconstruir algunos de los aprendizajes sociales que las aíslan de su entorno inmediato, reforzando sus potencialidades para enfrentar la violencia vivida: "... *entonces con el correr de los años una vecina me invitó a unas charlas en una iglesia católica y fui para allá, eran como estas cosas en que se hablaba de violencia y cosas así, de puras mujeres y todas ahí y era la segunda charla y la primera había sido de conversa y cuestiones, entonces, después estábamos todas en círculo y al medio había un banquillo y se le llamaba el banquillo de las acusadas. Entonces la señora que no sé lo que era, debe de haber sido una psicóloga, dijo que la que quiera exponga sus problemas, sus angustias, se sentara y lo contara libremente, y todas nos mirábamos, nos mirábamos y nadie salía hasta que de repente salió una, ya dijo, yo voy a hablar y después empezamos a comentar y a murmurar, a mi me pasa lo mismo, yo también. Todas tenían los maridos golpeadores... (…) eso me sirvió montones, montones porque ya cuando terminó eso, un día le dije a él, sabes qué de ahora en adelante… (…) él me iba a pegar y yo agarré un cuchillo, yo nunca le dije un garabato y ese día se lo dije, que me levantara la mano y yo le enterraba el cuchillo, esta va a ser la última vez que me levantas la mano…" (Entrevistada Nº 10).*

El empoderamiento de las mujeres, en algunos casos, se traduciría en la medición de fuerzas con sus parejas, logrando de ese modo terminar con la relación de abuso masculino. Sin embargo, no hay evidencias de deconstrucción de la violencia como mecanismo legítimo de resolución de conflictos familiares, por lo que tal estrategia de salida, pudiera ser frágil o tal vez provocadora de una escalada de violencia en el futuro. Tal vez en ello radique la necesidad de impulsar un mayor trabajo con los agresores, con todos los miembros de las familias y profundizar el trabajo con instituciones y organizaciones sociales.

Desde otra perspectiva, el azar con que las mujeres que viven violencia obtienen ayuda está dado por la cercanía familiar o de vecinos que ven signos físicos de violencia: "... *una vez llegó mi hijo mayor que tiene 32… 33 años y yo andaba con lentes para que no se me notara, entonces no salía a la calle y ese día yo me saque los lentes y justo entra mi hijo de sorpresa y me ve morá' y me dice: '¿Qué le pasó?', nada, le digo nada, choqué y me dijo: 'éste gallo le pegó', me dijo... lo pescó y le dio unos palmetazos por ahí, mi hijo…" (Entrevistada Nº 8).* La condición de hombre y adulto joven del hijo, le otorga poder por sobre la pareja, hombre y más viejo, ello permite al hombre más joven imponer la fuerza sobre el mayor. De manera que, aun cuando ello permite detener la dinámica violenta y el abuso masculino, continúa legitimándose la violencia como mecanismo de resolución de conflictos y perpetuándose la subordinación femenina frente a los hombres.

En los casos particulares de las entrevistadas, a la psicología de las mujeres agredidas que les impulsa a vivir en soledad su situación, se agregaría en algunos casos, los reiterados abusos, violaciones de derechos y violencia que muchas vivieron en sus familias de origen. Ello tendría una doble dimensión, en el sentido que se convertiría por una parte, en un elemento obstaculizador para recurrir a su familia en búsqueda de ayuda, como así mismo, potencia la auto-desvalorización y la degradación de ellas por parte de su pareja debido a su historia familiar.

5 USO E INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

El tema del uso e información sobre métodos anticonceptivos ha sido abordado en este análisis considerando su utilización antes del diagnóstico de VIH; la resistencia por parte de la pareja al uso del preservativo, y finalmente el método anticonceptivo utilizado actualmente.

5.1 Información y uso previo al diagnóstico

La falta de información antes del diagnóstico de VIH, provoca que algunas de las entrevistadas no hayan utilizado métodos anticonceptivos ni de prevención de enfermedades infectocontagiosas: "*No ninguno, en ese tiempo yo ya tenía a mi guagua, no sabía tampoco…" (Entrevistada Nº 7).*

La esterilización es uno de los métodos anticonceptivos que más frecuentemente se encuentra en el imaginario de las entrevistadas, aunque no siempre haya sido posible: "…*quería esterilizarme antes de tener al bebé, me revisó* (el médico) *pero después no me llegó el período, ¿qué pasó? 'no tengo idea', me han hecho un examen...y ahí me salió altiro*[66] *el embarazo, más de cuatro meses, cuando me empezó a ver el médico le dije altiro que quería esterilizarme..." (Entrevistada Nº 1).* Tal vez el valor de la esterilización esté dado por la libertad que ello implica desde la perspectiva de la anticoncepción: "…*tomé pastillas,las pastillas, porque no me acordaba nunca de tomármelas. Las tenía colgadas, la caja la tenía colgada para cuando me iba a acostar y viera la caja… y las que tomo ahora las tengo encima del mueble, a las 9 me las tomo, para*

66 De inmediato

que no se me olviden… se me olvida, están ahí y se me olvida tomármelas" (Entrevistada Nº10).

Por otra parte, los preservativos aparecen en el imaginario de las entrevistadas con posterioridad al diagnóstico de VIH, aún cuando en la actualidad algunas de ellas no utilicen ningún MAC: "*Tenía el tratamiento puesto y después a los años me lo saqué, el ginecólogo (…) me controlaba y me dijo para qué tienes esta cuestión, si ya ni te sirve, si ya tienes hasta la menopausia, ya me dijo te voy a sacar esta cuestión, llega y me lo muestra y me dice mira si esta sanito esta limpiecito. Está como si te lo hubieras puesto hace como dos o tres años, y ya tenía como veinte años la cosa puesta ahí…" (Entrevistada Nº 10).*

La inmediatez sería la característica con que es valorada la salud sexual y reproductiva, ya que tanto las mujeres como sus parejas y profesionales de la salud, no habrían prevenido el posible contagio de VIH, ello se sustenta en que en los relatos de las entrevistadas no aparecen profesionales de la salud con discursos preventivos. Tal vez ello se deba a que en el imaginario social, las mujeres casadas o viviendo en parejas estables, no corresponden a la población más vulnerable en tal sentido. No obstante, las estadísticas al respecto muestran el aumento de tales casos.

Desde otro punto de vista, cabe mencionar que las contradicciones de algunos relatos referidos al no uso de métodos anticonceptivos aun cuando se utilicen preservativos, o del mismo modo, la no consideración de la esterilización como la utilización de MAC, da cuenta de la necesidad de profundizar en las estrategias educativas de la población al respecto, como también, en los imaginarios con que hombres y mujeres enfrentan su vida sexual y reproductiva.

5.2 Resistencia de la pareja al uso de preservativo

La resistencia masculina al uso de preservativos, está arraigada en sus imaginarios con anterioridad al conocimiento de la condición de seropositivos, de ellos o sus parejas.

Dicha situación no ha cambiado a lo largo de los años, como tampoco con posterioridad al diagnóstico: "*Cuando recién nos casamos, nos regalaron, unos que venían con cositas como chocolates que venían o monedas así, nos regalaron cuando nos casamos, y se lo puso y no le gustó, y nunca más después usé el condón" (Entrevistada Nº 10).*

Como hemos dicho, el uso de preservativos aparece en el imaginario de las entrevistadas con posterioridad al diagnóstico de VIH. No obstante, su uso es intermitente debido a diferentes razones: "*…él sabe todo antes de que nosotros tuviéramos la primera relación, antes de que nos diéramos un beso él sabía que yo tenía VIH, siempre ha sido decisión de él* (no usar condón) *'No que le molestaba', 'que no tenía gracia'..." (Entrevistada Nº 1).*

Aún cuando haya habido avances en esta materia, la utilización de preservativo todavía se asocia a disminución del placer sexual, evidenciándose la genitalización de la sexualidad. Por ello y sobre la base de las construcciones sociales que determinan la sexualidad masculina, en que la búsqueda del placer está asociada fundamentalmente a lo genital e inmediato, es que existe resistencia por parte de los hombres a la utilización del preservativo, aún cuando corran riesgos evidentes de adquirir el VIH.

Otra de las razones que justifican este uso intermitente de preservativos se relaciona con el desconocimiento por parte de los hombres de las posibilidades y consecuencias de una re-infección: "*... desde que supe, yo empecé a usar condón y él me decía, 'pero pa' qué si ya está la embarrá hecha', 'no importa', 'yo me tengo que seguir cuidando', le decía, 'porque tú me producís los virus tuyos más fuertes a mi', entonces, 'no, no', le dije yo, 'si tú no querís vivir es tú problema', pero yo si quiero vivir por mi hija, es mi problema, siempre estábamos en esa" (Entrevistada Nº 3).*

Las concepciones respecto de la re-infección y la falta de información al respecto, por parte de hombres y mujeres, se constituyen en parte de las explicaciones para no utilizar preservativos: "*Lo que pasa es que ya no nos pasó nada, y las defensas están buenas tanto las de él como las mías. A lo mejor tenemos el mismo…" (Entrevistada Nº 5).*

Por otra parte, los mitos respecto de la utilización de preservativos, ilustran una realidad que desentraña la falta de información de quienes están viviendo con VIH, aún cuando estas personas tengan acceso a los sistemas de salud, acudiendo a constantes controles y/o procedimientos: "*Si pero cuando estoy sana, por ejemplo cuando no tengo ningún herida, nada, ahí lo hacemos sin condón, pero cuando yo estoy con…por ejemplo mi período, ahí usamos condón, pero es que yo…no sé tengo dudas porque me dijeron que yo podía pegar el VIH y en otros lugares me dijeron que no, entonces yo no sé, por eso igual quería ir al centro porque tengo dudas, igual que mi marido tiene dudas... pero hasta el día de hoy él está sano, sano…" (Entrevistada Nº 5).*

La creencia de que las mujeres no contagian el VIH, es otro de los factores por los cuales el uso del preservativo es una construcción relativa en el imaginario tanto de hombres como de mujeres: "*Fíjate que yo de todas las mujeres que tienen pareja discordante, todavía no conozco ningún hombre que*

haya adquirido el virus por la mujer, todavía no conozco ninguno, y las mujeres de repente no usan preservativo... porque él no quiere y no le tiene miedo a esta cuestión y no adquieren VIH…yo el miércoles estuve en una reunión y una mujer que ha tenido todas las enfermedades habidas y por haber del VIH (…) y tampoco el marido tiene VIH, entonces eso me hace, como que me hace… mi marido tampoco tiene VIH..." (Entrevistada Nº 2).

Las concepciones diferentes respecto de las características de la sexualidad femenina y masculina asociadas a la falta de información biológica sobre la transmisión del VIH, provocan contradicciones en las interpretaciones de las realidades vividas: "*…hierba mala nunca muere... claro, entonces de repente me hace ruido, porque las mujeres no... porque si dicen que las mujeres somos las que trasmitimos el virus..." (Entrevistada Nº 2).*

5.3 Métodos Anticonceptivos (MAC) utilizados actualmente

La condición de ser VIH positiva lleva a algunas mujeres a dar por terminadas sus posibilidades de vivir en pareja, debido a temores derivados de posibles desvalorizaciones que pudieran vivir producto de sus condiciones de salud: "*Porque yo siempre he dicho, mira, yo ahora en la pareja, cómo le cuento a él que yo soy VIH y si le cuento a lo mejor aceptará, pero con el tiempo me lo va a sacar en cara o me va a maltratar o me va a humillar, entonces yo a lo mejor por eso no puedo tener pareja, por lo mismo yo no tengo pareja, yo tengo miedo a esa cuestión a esa violencia, a ese maltrato, porque a veces no te pegan, cómo se llama esto, te golpean más que si lo hicieran con palabras, entonces yo creo que las mujeres que viviendo con VIH, no deberíamos rehacer su vida, en el caso mío yo no, ya, ya pasó, ya no..." (Entrevistada Nº 3).* Debido a ello, han descartado la utilización de todo tipo de métodos anticonceptivos.

Como hemos dicho con anterioridad, la esterilización es un elemento presente recurrentemente en el imaginario de las entrevistadas y se encuentra asociado a la condición de ser VIH positiva: "*Es que yo me operé para no tener más hijos. Es que en mi condición no podía arriesgarme a que me saliera enfermo, él (…) gracias a Dios está sanito,* (se refiere a su hijo) *pero no me lo perdonaría" (Entrevistada Nº 3).* La responsabilidad por la posibilidad de que un hijo/a no tenga todas las alternativas para desarrollarse biológicamente sano, están socialmente depositadas en las mujeres, lo que junto con el desconocimiento de los avances respecto de transmisión vertical, se convierten en factores desencadenantes para optar por la esterilización como forma de anticoncepción. La deconstrucción de la asociación responsabilidad materna-hijo sano, tal vez contribuiría a que las parejas y en particular las mujeres, centren el eje de análisis para la toma de este tipo de decisiones, en el auto-bienestar, potenciando con ello el reconocimiento de la sexualidad como una actividad no siempre asociada a la reproducción biológica y por tanto, merecedora de cuidados y parte de la calidad de vida de las parejas.

En términos generales, las entrevistadas, no consideran haber sido presionadas para esterilizarse, por lo que viven con libertad sus posibilidades de optar por una nueva maternidad: "*No, nunca me han consultado siquiera si me quiero esterilizar. El otro día estaba pensando, que yo quería tener otro hijo. Como que está la probabilidad, pero no está" (Entrevistada Nº 4).*

Sin embargo, las presiones sobre las mujeres para que accedan a la esterilización han existido, proviniendo tanto de sus parejas, como desde profesionales de la salud: "*...yo pienso que si él no quiere tener más guaguas que se opere él po' (…) yo me siento como mal, cuando caí al hospital todas las matronas, como tomaban la situación… y que me operara, que me operara, que me operara" (Entrevistada Nº 5).* Vemos como una vez más, las construcciones culturales de las sociedades patriarcales, depositan en las mujeres la responsabilidad de la reproducción biológica, potenciando que indistintamente del lugar que cada quien ocupe en sus vidas, ejerzan presiones sobre ellas y sobre el modo como conducen sus vidas, sus comportamientos reproductivos y su sexualidad.

En otros casos luego de conocido el diagnóstico de VIH, las parejas han comenzado a utilizar preservativos: "*…usamos condón, preservativo, sí. Nunca lo hemos dejado, él también está infectado, así que con mayor razón tomamos el riesgo de no dejar de usar preservativo" (Entrevistada Nº 9).* La conciencia del riesgo que corren como pareja de una re-infección por VIH, les ha llevado a compartir la responsabilidad del cuidado de la salud. No obstante, este mismo elemento, es considerado por otras mujeres como desencadenante de las rupturas de pareja: "*…yo creo que por eso se aburrió, porque yo siempre andaba con el condón, que condón, como que se aburrió" (Entrevistada Nº 3).*

Por otra parte, como hemos dicho con anterioridad, el fin de la etapa reproductiva de las mujeres lleva a las parejas a no utilizar métodos anticonceptivos, como tampoco protección contra la transmisión del VIH, lo que nuevamente evidencia que la posibilidad de re-infección, no es parte de los riesgos considerados por este tipo de parejas.

6 VIH/SIDA

El tema del VIH/SIDA ha sido abordado en este análisis desde el prisma de las razones por las cuales las mujeres se realizaron el examen, como asimismo, desde las tipificaciones respecto de la consejería que debieran haber recibido antes y con posterioridad al momento del diagnóstico.

6.1 Razones por las cuales se realizó el examen

Como consecuencia de los imaginarios sociales que aún persisten en la sociedad actual, respecto del VIH, de quienes y cómo se contrae el virus, en términos generales la realización del test de diagnóstico ha sido por motivos puntuales. Entre tales motivaciones se encuentra la pareja viviendo con VIH: "*Porque él tenía, por lógica tenía que hacerlo yo...*" *(Entrevistada Nº 1)*.

Del mismo modo, los casos de enfermedad de la pareja motivaron la realización del test en ellos y una vez descubierta su condición serológica, fueron diagnosticadas ellas: "*…me dijeron que me iban hacer el test de Elisa que era un examen para detectar el virus de VIH, entonces yo dije ya po' y que yo tenía que firmar un papel para autorizar, y me orientó al menos y uno como que tenía conocimiento del SIDA, yo no sabía nada más, yo tampoco me atreví a preguntar nada, preocupada porque mi marido estaba en el hospital, estaba con esa preocupación, y dije ya háganmelo… pero firmé la cuestión*" *(Entrevistada Nº 5)*. La desinformación con la que las mujeres enfrentaron el proceso de diagnóstico del VIH, es una condición recurrente en los relatos. Asimismo lo es la despreocupación respecto de si mismas, en pos del bienestar de los otros, sean éstos sus parejas y/o sus hijos e hijas. Ello no es otra cosa que el reflejo de los aprendizajes culturales que instan a las mujeres a la auto-postergación.

Por otra parte, las propias enfermedades han sido también detonantes de las sospechas de que las entrevistadas pudiesen ser VIH positivas: "*... justo caí en al hospital porque empezó a decaer mi salud, a enfermarme, a enfermarme, caí al hospital y por motivos de salud me hicieron los exámenes y ahí se dieron cuenta que lo tenía… me dio cáncer,… me sacaron los ganglios, y un tumor canceroso grado 4 que tenía en el hombro y ahí me encontraron todo junto…*" *(Entrevistada Nº 8)*.

El temor al diagnóstico positivo provoca resistencia para la realización del test: "*Es que el ginecólogo me dijo que fuera. Yo había ido por unos herpes vaginales, o sea…mi doctor siempre me dijo: 'Hazte el test del SIDA' y yo nunca me lo quise hacer, por miedo. Pero mi médico siempre me dijo: 'Hazte el test del SIDA, mire que usted me tinca que es portadora'. Y me lo hice…*"*(Entrevistada Nº 4)*.

La resistencia inicial a la realización del test, es una constante en los relatos de las entrevistadas, lo que se sustenta en las construcciones sociales que existen respecto de quienes son las personas que se contagian con este tipo de virus y que el contagio significa el fin de la vida: "*... yo pensaba en la enfermedad y pensaba que te avisaban de la enfermedad y te moríai*" *(Entrevistada Nº 5)*.

Estas construcciones culturales atentan contra la realización de diagnósticos preventivos o detección temprana: "*…no me lo hago enseguida, porque yo no tenía ganas, no quería asumir, porque yo decía yo me veo sana, me siento sana, para qué me lo voy hacer, aunque el médico me diga tengo un 80, 90, 100% de posibilidades…yo no quiero y me lo hice como al mes después, a los dos meses después una cosa así, porque era como un temor tal vez de que si fuera así de lo que tendría que enfrentar, entonces como que le estaba haciendo el quite…*" *(Entrevistada Nº 9)*.

Entretanto, la tipificación de la enfermedad como catastrófica, sumada a las construcciones culturales respecto de qué es el VIH y a quienes afecta, provocan desinformación y un mayor impacto emocional y psicológico en quienes obtienen un resultado positivo: "*Es que sinceramente y que Dios me perdone, el SIDA yo no lo tomaba en cuenta porque no iba en mí, no caía en mí, me entiende. Sí usted…puta decía, el SIDA es pa' una drogadicta y yo sabía que no era drogadicta…es pa' un alcohólico por decir, y yo sabía que no era alcohólica, difícil llegara a mí. Por qué, porque yo pensaba como en una esquinita, todos los demás tenían menos yo, porque estaba en la esquina. Pero desgraciadamente igual me contagié no sabiendo*" *(Entrevistada Nº 6)*.

Las descalificaciones respecto de quienes son las personas afectadas por este tipo de virus, continuarían estado a la base de algunos de los relatos de las entrevistadas, de allí su necesidad de precisar su desconocimiento respecto de la condición de VIH+ de su pareja. Ello le permitiría significar su actual condición desde una posición de inocencia y por tanto mitigar el juicio social.

Por otra parte, el conocimiento de la condición serológica, en ocasiones ha sido con posterioridad a la separación de la pareja. Ello agrega una carga emocional extra con que se debe enfrentar el proceso de aceptación de la condición de vivir con el virus: "*Entonces que pasó, que después a los 8 años después, yo caí con una bronconeumonía fulminante, purulenta, caí muy mal y ahí me hicieron el examen, y yo ya me había separado hacía dos años*" *(Entrevistada Nº 2)*.

Finalmente, cabe destacar que el desconocimiento más típico respecto del VIH/SIDA y la mayor sanción social a ser portadora de este virus se representa en la siguiente afirmación: "*De hecho poco sabía yo*

de eso, nada sabía que era una enfermedad de los gays, que solamente ellos..." (Entrevistada Nº 5).

6.2 Consejería antes y después del diagnóstico

Como hemos establecido anteriormente, el tema de la consejería se torna relevante a la hora de potenciar una salud psicológica y física de calidad luego del diagnóstico de VIH.

No obstante, algunas de las entrevistadas no recibieron orientación al respecto, atribuyéndolo a que no era habitual cuando fueron notificadas: "*Me hizo el examen la doctora, ni siquiera me pidió autorización... llegó y me dijo 'te vamos a hacer el examen del VIH' y ni siquiera me hizo firmar nada, nada... después al otro día, yo, 'doctora, cómo salió ni examen', 'salió positivo'... ni siquiera una consejería, en ese tiempo no existía nada..." (Entrevistada Nº 2).*

Las atribuciones sociales que detentan algunas profesiones, y en particular las referidas a las áreas de la salud, en ocasiones son leídas por sus usuarios como faltas de empatía. En tal sentido, la consejería se torna relevante como espacio de acogida, orientación e información.

Sin embargo, algunos relatos sobre las consejerías recibidas por las entrevistadas, no las significan como situaciones de acompañamiento y acogida, sino más bien como espacios informativos: "*Cuando fui al lugar que me lo hice,… me citaron con una hora, entonces en esa hora me hablaron bastante del tema y me hicieron llenar un cuestionario…" (Entrevistada Nº 9).*

La racionalidad cognitiva sería la forma que estaría primando en el abordaje de algunos procesos de consejería, no siendo suficientes, debido al compromiso altamente afectivo que tiene el conocer el diagnóstico positivo de la presencia del virus en el propio cuerpo y las connotaciones sociales de ello: "*... él me explicó qué es lo que era la enfermedad, todo eso. Que cuidado había que tener, me dio unos catálogos pa' que los leyera y aprendiera. Eso no más po'" (Entrevistada Nº 6).*

No obstante, las experiencias de otras entrevistadas si dan cuenta de procesos de acogida que incluyen la dimensión afectiva, lo que es significado de un modo positivo: "*Me lo entregó la misma persona que me había hecho consejería, ya, en un sobre cerrado, ella lo abrió y me dijo: 'Ahí está', me dijo. Y yo lo miré y me largué a llorar, pero que formé un río en un segundo, el mar se hizo poco, de llorar y llorar y llorar y llorar y llorar…y yo le digo: 'Pero por qué, tengo que asumir estas consecuencias y estas…no, no quiero, no quiero'…Y empecé yo, con mis venas corre un virus que infecta, infecta a la gente, o sea me empecé a pasar cualquier cantidad de rollos y a llorar y no me dejaban venirme porque estaba súper mal, mal y que te venga a buscar algún familiar (...) la persona que me atendió fue genial, una persona muy dije, muy amorosa" (Entrevistada Nº 9).*

La posibilidad de expresión de los sentimientos es un elemento significado positivamente por las entrevistadas, indistintamente del tipo de profesional que las acoja: "*…cuando fui a la matrona… habían llegado los exámenes y la matrona me dejó que yo abriera el sobre, porque ella no lo abre, uno tiene que abrirlo y yo vi, había salido positivo, VIH positivo... yo me puse a llorar no quería llegar aquí a la casa, porque yo le decía a la matrona que como le iba a explicar a* (su pareja) *que yo tenía VIH, que no estaba segura si me lo había pegado él o me lo había pegado* (su ex pareja), *estaba en esa duda… y tenía miedo de que él me rechazará y que se fuera… y yo estaba embarazada, la matrona me tuvo un buen rato ahí, dándome consejos, dejándome que yo llorara..." (Entrevistada Nº 7).*

La cantidad de dimensiones de la vida cotidiana, involucradas al momento de conocer el diagnóstico de VIH, implica que las consejerías deben ser lo más integrales que la realidad profesional permita. De modo que la capacitación constante de profesionales en esta área específica, es central para contribuir a los procesos de restablecimiento de la vida cotidiana de las mujeres, sus parejas y sus familias luego de conocida su situación de salud.

Como elementos positivos surgen en los relatos en torno a las organizaciones sociales, ya que cobran relevancia al momento de la acogida de quienes viven con el VIH: "*... hablé con el* (profesional) *y él me orientó que aquí había un Vivo Positivo donde me podían orientar sobre el virus y ellos me orientaron sobre eso..." (Entrevistada Nº 7).*

La percepción actual de algunas de las entrevistadas respecto del acceso a consejería es de avance en dicha materia: "*…ha habido muchos cambios, yo creo que la gente que vive ahora con VIH tiene todas las facilidades, tiene consejería, tiene buen trato, tiene tratamiento... cuando yo, no tenía tratamiento, no tenía nada, ahora tiene, es cosa que lo aplique no más, tiene abogado, el Vivo tiene abogado, o sea por todos lados tiene ayuda. Cuando yo adquirí el virus, no tenía nada por ningún lado... (Entrevistada Nº 2).*

No obstante, los avances mencionados dicen relación con acciones paliativas a la condición de VIH positiva, ya que no se evidencian en los relatos percepciones que apunten hacia la observación de cambios en las valoraciones culturales respecto de quienes contraen el virus, como de las formas en que se puede contraer y las responsabilidades socialmente asignadas frente a dichas situaciones.

7 VIOLENCIA INSTITUCIONAL

Las posibilidades de que exista violencia institucional hacia las mujeres que viven con VIH, se ha incluido como tema en este análisis, con la finalidad de ilustrar desde las mujeres usuarias de los servicios de salud, aquellas situaciones que podrían representar hechos violentos o discriminatorios y que no son corregidos por las y los profesionales de la salud, porque no los tipifican como tales.

En este apartado han sido incluidos los relatos referidos a dificultades para acceder a tratamiento y servicios del VIH; como asimismo, los relativos a vivencias de discriminación o violencia por parte de profesionales de la salud.

7.1 Dificultad para acceder a tratamiento y servicios del VIH

En términos generales, los relatos de las entrevistadas no incluyen dificultades de acceso a tratamientos y servicios producto de su condición de VIH positivas.

En tal sentido, la figura del médico es relevada como quien ayuda en el mantenimiento de la salud y por ello se expresa gratitud: "…*siempre me han atendido bien y le estoy muy agradecía a mi médico*" *(Entrevistada Nº 7)*.

Sin embargo, el escaso acceso a determinados fármacos en alguna ocasión generó dificultades, en especial antes de que fuera una política de alcance nacional: "*No había medicamentos, no había, a mi después me dieron AZT solo y eso no debían hacerlo, después, al tiempo después, me dieron una terapia, pero a escondidas no tenía que contarle a nadie que yo estaba tomando terapia (…) Porque los privados daban una cantidad de plata y los médicos compraban los medicamentos y se los daban a las personas que más lo necesitaban, por lo general le daban prioridad a las mujeres, porque las mujeres teníamos hijos, entonces, si uno contaba que uno estaba tomando el tratamiento, todo el mundo iba a querer tratamiento y no había para todos*" *(Entrevistada Nº 2)*.

La figura del médico continua siendo relevada como aquel o aquella profesional que determina el acceso a instancias de preservación de la salud, además protector de la familia, a través de la discriminación positiva hacia las mujeres frente al acceso a los fármacos en condiciones de escasez.

7.2 Discriminación o violencia por parte de profesionales de la salud

La discriminación por su condición de VIH positiva, la de sus parejas e hijas, forman parte de los relatos con que las entrevistadas tipifican sus experiencias con profesionales de la salud.

En tal sentido, la figura del médico es relevada como un profesional descomprometido con la preservación de la salud debido a sus concepciones respecto de quienes viven con el VIH: "*... los médicos se tiraban la pelota unos a los otros y ninguno me quería operar y un oncólogo que es muy conocido en el hospital (…) me atendió como dos o tres oportunidades y me decía que no me podía operar por las plaquetas, por esto y lo otro y me dijo derechamente; 'porque nadie quiere operar a un sidoso'... Y yo salí llorando y yo le dije; 'no puede decir eso como médico, no puede decirme lo que me está diciendo, me está discriminando y hay una ley que me protege, además este diagnóstico no existe…sidoso no existe', le dije, y felizmente encontré un doctor que me atendió y ese médico me operó...*" *(Entrevistada Nº 8)*.

Las construcciones sociales que conforman las sociedades, son transmitidas a través del lenguaje, siendo ello central al momento de construir o desmontar los imaginarios generados en torno a un fenómeno. En ello radica la relevancia del relato precedente, que pone en primer plano la importancia del lenguaje utilizado por el profesional.

Toda vez que el concepto "sidoso" tiene una connotación peyorativa, el sentimiento de discriminación es producido por ello y no por la transgresión al derecho a atención en salud, situación que aparece secundaria en dicho relato, cuando el énfasis está puesto en la inexistencia del "diagnóstico de sidoso", que la cultura hegemónica asocia a "leproso" con las connotaciones de exclusión con que ha sedimentado el concepto en el imaginario colectivo.

Por otra parte, la falta de información con que profesionales de trato directo con las personas que viven con VIH, han enfrentado su atención habría provocado situaciones discriminatorias. Esta segregación estaría arraigada en el temor con que algunos profesionales enfrentaron determinados procedimientos hospitalarios: "*Después fue que tuve que ir a buscar a la niña, porque la niña estaba en un piso, el tercer piso (...) Pasó, eran la ocho, las nueve, dos de la tarde, cuatro de la tarde y no aparecía nadie. La niña sin comida, sin mamadera, sin nada de eso, hago un reclamo. Sale la enfermera que era otra enfermera, no la que normalmente estaba, había otra de reemplazo, y me dijo: 'es que sabe que yo no, yo ya avisé y, como se llama, los exámenes y yo no voy a pinchar a la niña, porque la niña tiene SIDA'...*" *(Entrevistada Nº 6)*.

La desinformación y el miedo continúan siendo el sustento de las situaciones discriminatorias: "…*cuando volví estaban ahí mis medicamentos, estuve no sé una media hora, no sé cuanto estuve ahí, viene el camillero y me va a sacar y venía con una sabanilla igual cuando*

uno sale del parto, que la sacan con una sabanilla doblada, me va a pasar al este y yo me afirmo en la sabanilla, y sale una enfermera no sé, que no la toques, no la toques, no toques nada porque todo eso hay que quemarlo..." (Entrevistada Nº 10).

La ignorancia y el temor al contagio ha provocado que quienes viven con el VIH hayan sido sometidas a largas e injustificadas esperas para ser atendidas: *"Bueno, una vez sufrí una discriminación, tenía problemas al esófago y yo no entendía por qué me habían dado una hora un día viernes, porque habían horas para la semana, pero me dieron hora para el día viernes, me citaron a las 8 de la mañana, y eran las 2 de la tarde y no atendían, y yo me paro y le digo yo 'sabe que llegué a las 8 de la mañana y todavía no me atienden, son las 2 de la tarde', me dice 'ya la van a llamar ligerito', terminaron de atender a toda la gente que había, después yo llego y le preguntó, por qué, si yo llegué a las 8 de la mañana y a la gente que había llegado después que yo la habían atendido, entonces me dice 'sabe mi amor cual es el problema, tú tienes VIH y nosotros tenemos que atenderla día viernes y la última persona para poder dejar desinfectando todo el fin de semana el equipo..." (Entrevistada Nº 2).*

Otras formas más sutiles de discriminación hacia quienes viven con VIH se refieren al velado cuestionamiento al comportamiento sexual de las mujeres; a la falta de cuidado respecto de la información contenida en el diagnóstico; como asimismo, a la carencia de acompañamiento al momento de ratificar el diagnóstico de seropositividad: "*…me cambiaron de maternidad me llevaron a sala de medicina general y va un médico y me dice si yo tengo pareja única, yo le digo que si, que hace años ya que tenía pareja única (…) y empiezo a revisar la ficha…un día en la noche y ahí veo el resultado del examen y veo que sale positivo, me enteré sola como yo sabía leer la ficha, me enteré sola, en ese momento se me vino el mundo encima, no hallaba que hacer, si gritar, si llorar, lo que atiné fue ponerme la bata irme al baño y llorar, porque no podía contarle a las demás pacientes y… Esperé al médico que estaba de turno ese día, que era el médico tratante mío, y le dije que yo ya sabía lo que tenía y me dijo 'qué es lo que tení', me dijo, le dije 'soy VIH positivo', me dijo: 'ah, me dijo, pero ese es un examen no más, se puede equivocar', no le dije yo, 'no creo'" (Entrevistada Nº 8).*

Las situaciones antes descritas, corresponden a muestras evidentes de discriminación vividas por las entrevistadas a lo largo de sus experiencias con profesionales de la salud. Sin embargo, la atemporalidad de los relatos impide evaluar la existencia de tales comportamientos en la actualidad, por lo que sería relevante estudiar en el futuro los imaginarios con que diferentes profesionales de esta área enfrentan los procedimientos médicos a los que constantemente deben ser sometidos quienes viven con el VIH.

8 PERCEPCIÓN RELACIÓN VIOLENCIA Y VIH EN SU VIDA

La asociación entre violencia y VIH no es evidente para las mujeres entrevistadas, algunas de un modo dubitativo argumentan que tal vez exista relación entre ambos fenómenos, pero sin llegar a elaborar explicaciones al respecto: "*... no sabría decir, a lo mejor..." (Entrevistada Nº 7).*

La única asociación directamente establecida por las entrevistadas, sería post diagnóstico y estaría dada por la condición de vivir con VIH y la violencia sexual: "*Yo creo que si, igual existe, porque de repente las mujeres se ponen resistentes a tener relaciones cuando tienen VIH y los maridos las obligan..." (Entrevistada Nº 2).*

Desde otra mirada, las entrevistadas argumentan que no existiría relación entre ambos fenómenos, ya que corresponderían a problemáticas diferentes: "*... yo diría que no, que no tendría por qué existir la violencia con el VIH, no tiene nada que ver una cosa con la otra, la violencia la ponemos acá y acá ponemos el VIH, van en forma paralela, pero no se tiene por qué juntar" (Entrevistada Nº 9).*

La inexistencia de conexiones entre VIH y violencia, es atribuida a que la condición de vivir con el virus, sería de responsabilidad de las mujeres, sin embargo, es una responsabilidad determinada por el destino: "*Son dos cosas tan distintas, que no tienen nada que ver y yo digo si me lo busqué, bueno pasó no más. Uno nace con un libro de vida y las cosas se van cumpliendo de a poco" (Entrevistada Nº 10).*

El determinismo con el que es asumida la condición de vivir con VIH, se constituiría en un elemento restablecedor de la cotidianeidad, ya que exculparía a los miembros de la pareja de haber adquirido el VIH.

No obstante lo anterior, en los discursos latentes de las entrevistadas aparecen elementos que permiten establecer relaciones entre ambos fenómenos, ya que las construcciones culturales relativas a la sexualidad y la pureza asociada al género femenino en el plano sexual, provocan sentimientos de auto-desvalorización por ser VIH positivas. De allí que dicha condición potenciaría la aceptación de la violencia: "*... yo no les contaba nada, porque si hubiesen sabido lo sacan en tres tiempos de la casa, porque no es el papá de los niños, entonces yo me quedaba callada no más… porque mi condición de seropositiva yo decía va a ser difícil para mí volver a rehacer mi vida… encontrar una persona que me quiera… entonces yo me aguantaba no más…" (Entrevistada Nº 8).*

Otra asociación latente dice relación con la duda generada respecto de la influencia de la condición de vivir con el VIH, en el ejercicio de la violencia sobre ellas: "*Era distinto porque era pololeo, era todo bonito, las cosas cambiaron…apenas nos casamos, él quería seguir lolo, de soltero. Yo antes pensaba que era culpa mía... Porque él siempre quiso libertad, libertad, no creo que haya sido producto de su enfermedad...*" *(Entrevistada Nº 1)*.

Lo anterior permite sólo hipotetizar la existencia de relación entre ambas pandemias, pero post diagnóstico, ya que no existen evidencias en los discursos de las entrevistadas respecto a que haya asociación entre haber vivido violencia y haber adquirido el VIH.

VII CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado es posible plantear algunas conclusiones en lo que respecta al perfil de las mujeres participantes en el estudio, sobre aspectos relacionados a la salud reproductiva, sobre las experiencias de violencia y en relación al vínculo entre violencia y VIH.

1 Respecto del perfil de las participantes en el estudio

Las mujeres que participaron en el estudio tienen entre 20 y 64 años, ubicándose la edad promedio en 41 años, por lo que se encuentran en la etapa adulta de la vida; se trata de mujeres de raza blanca, que viven en sectores urbanos, cuyo estado civil más común es soltera, seguidas de aquellas que están casadas o viven en pareja. La mayoría vive con hijos/as, en casas o departamentos, en grupos familiares conformados en promedio por 4,73 miembros. Son mujeres que tienen en promedio 10 años de instrucción, es decir, estudios secundarios o técnico profesionales incompletos.

Las mujeres encuestadas presentan niveles de escolaridad medios (enseñanza secundaria o técnico profesional completa o incompleta), con un promedio de escolaridad de 10 años y con una baja inserción en el mercado laboral; de manera independiente al nivel de instrucción alcanzado, quienes trabajan lo hacen mayormente en servicios y como obreras calificadas y no calificadas.

Aunque sería necesario indagar más profundamente sobre las historias laborales de las participantes, los datos analizados indican que estas mujeres han perdido la autonomía económica que en algún momento tuvieron, ya que su participación en el mercado del trabajo ha caído de un 96,1% a un 38,2% en el momento actual, lo que representa una disminución de 57,9%.

La participación en el trabajo de las mujeres encuestadas, es menor a la que presentan las mujeres a nivel nacional y esto no se relacionaría con la edad, ya que la comparación con los niveles de desocupación por grupo etáreo con los datos de la Región Metropolitana, muestra que salvo en el grupo de mujeres más jóvenes (20 a 24 años de edad), en todos los demás rangos etáreos, el porcentaje de desocupación es sustantivamente mayor entre las mujeres participantes del estudio.

Este hallazgo permite pensar en que tal vez sea justamente la condición de VIH+ lo que reduce los niveles de inserción de estas mujeres en el mercado del trabajo, ello plantea la necesidad de que nuevas investigaciones permitan develar, tal vez, la existencia de discriminaciones o limitaciones asociadas a vivir con el virus, como obstáculos para una mayor inserción laboral.

Tal vez relacionado a lo anteriormente señalado y también por las dificultades comúnmente encontradas para obtener información respecto de los ingresos familiares, los datos disponibles permiten señalar que el promedio de los ingresos per cápita de las mujeres encuestadas asciende a $50.291 (US$80,72), lo que las ubica sobre la línea de pobreza. Sin embargo, al calcular la mediana, que ofrece un parámetro menos afectado por los valores extremos, el ingreso per cápita sería de $42.500 (US$68,22), valor que es inferior al costo de dos canastas alimentarias[67], lo que indica que una proporción importante de estas mujeres se encontraría bajo la línea de pobreza.

Respecto de las mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH, en términos generales se puede concluir que forman parte de los sectores con menores ingresos y que entre ellas, la proporción de quienes perciben los más bajos ingresos, es mayor respecto del conjunto de mujeres trabajadoras y más aun respecto del total de ocupados.

De modo que la pérdida de autonomía económica, la baja participación en el mercado laboral y las situaciones de pobreza, factores unidos a la vivencia del VIH y violencia, convierte a este tipo de mujeres en un grupo con especial vulnerabilidad social, en que es difícil aislar la influencia de cada una de estas variables en las condiciones de vida de las mujeres.

67 El costo de dos canastas alimentarias asciende a $47.099, lo que equivales a US$75,60, según valor de cambio del dólar de enero 2009, mes en el cual se recogieron los datos del estudio.

2 Salud reproductiva

El promedio de edad de inicio de la vida sexual de las mujeres que participaron en el estudio es de 17,72 años, bastante cercana a los 18 años que es la edad promedio de inicio de la actividad sexual según datos nacionales aportados por la Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Sin embargo, es necesario destacar que 59 mujeres, más de la mitad de las encuestadas (57,8%), iniciaron su actividad sexual a edades más tempranas, ya que tuvieron su primera relación sexual entre los 11 y los 17 años, aunque las mayores frecuencias se concentran entre los 17 y 18 años (40,2%) de los casos.

La mayoría de las mujeres encuestadas tuvo una primera experiencia sexual consentida. Sin embargo, hay 8 mujeres que declararon haber sido forzadas, superando la cifra nacional de mujeres violadas en su iniciación sexual. Pese a ello, en términos generales la violencia sexual no es tipificada en el imaginario social como un acontecimiento reiterativo en la cotidianeidad de las mujeres y mucho menos en la de las niñas. Así, las explicaciones referidas al "deber de esposa", como así mismo "a la provocación femenina" de situaciones que incitan a los hombres a forzar sexualmente a las mujeres, continúan formando parte de los mitos culturalmente arraigados en el imaginario tanto de hombres como de mujeres. La idea del macho que por una parte, siempre debe estar dispuesto para el sexo, como asimismo, considerado como imposibilitado de controlar sus impulsos sexuales, sustenta la violencia sexual ejercida por algunos hombres sobre las mujeres, situándolas a ellas como responsables de no provocar situaciones de abuso sexual o de violación. Este mandato social hacia hombres y las mujeres restringe las posibilidades de ejercer una sexualidad sana, libre de presiones sociales para ambos sexos y en particular coarta a las mujeres de uno de sus derechos básicos, como lo es la libertad física, psicológica y sexual.

Por otra parte, las mujeres que participaron en el estudio tienen entre 20 y 64 años, siendo 41 años la edad promedio. Actualmente 58 de ellas, es decir, un 56,9% mantienen una vida sexual activa, mientras que un 43,1% señalaron no mantener relaciones sexuales, ya sea porque no tienen pareja en la actualidad o bien porque han dado por terminada su vida sexual aun viviendo con una pareja, como es el caso de 7 mujeres jóvenes y adultas que actualmente no tienen actividad sexual. Cabe señalar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre tener actividad sexual y la edad, como tampoco con el estado civil de las mujeres. La no asociación entre estas variables podría estar indicando una influencia de la condición de VIH+ en la valoración sexual de las encuestadas, ya que habitualmente la sexualidad se encuentra asociada a la edad, en tanto las mujeres jóvenes son simbólicamente más apreciadas en este plano. Entretanto, que la actividad sexual tampoco se asocie significativamente con el estado civil o la vida en pareja de las encuestadas, podría estar ilustrando el vínculo entre vivir con el VIH y el ejercicio de una sexualidad plena.

Las entrevistas en profundidad realizadas con mujeres que vivieron violencia de manera previa al diagnóstico, muestran que el ejercicio de la sexualidad es un ámbito de la vida que se ve profundamente afectado entre las mujeres que viven con VIH. Se aprecia que mujeres jovenes y adultas no mantienen relaciones sexuales, algunas de ellas viviendo en pareja, mientras otras se niegan a la posibilidad de establecer una relación de pareja dada su condición serológica y también por temor o rechazo generado a partir de experiencias anteriores de violencia. Las dificultades para ejercer su sexualidad, también se relacionan con la falta de información o ambigüedad de las orientaciones recibidas respecto de la posibilidad de re-infección, a la no aceptación del preservativo como un medio efectivo para mantener relaciones sexuales seguras y, a los mitos socialmente construidos respecto a que dada la condición de seropositividad, las personas deberían cesar su vida sexual.

Además, la mayoría de las mujeres que mantienen actividad sexual usan algún método anticonceptivo (MAC), por lo que hay una asociación estadísticamente significativa entre tener relaciones sexuales y usar algún MAC. Sin embargo, hay 10 mujeres que no los emplean; lo que de acuerdo a las entrevistas en profundidad realizadas, se debería al rechazo de sus parejas a usar preservativo con independencia de su propia condición serológica. Cabe señalar que de las 66 mujeres que usan algún método anticonceptivo, 47 emplean preservativos, entre éstas sólo 14 los usan de manera combinada con otro anticonceptivo (doble protección), de manera de protegerse de embarazos y de una re-infección por VIH. Al escaso uso de doble protección se agrega el antecedente recogido en las entrevistas realizadas, referido al uso intermitente de condones, debido al rechazo de los hombres a usar este método, incluso en casos de parejas serodiscordantes. Asimismo, el uso de preservativos se encuentra asociado en el imaginario social a las condiciones visibles de salud de ambos integrantes de la pareja.

El uso de doble protección se da preferentemente entre mujeres casadas o que viven en pareja, sin embargo no se encontró una asociación significativa, entre el uso de doble protección y el estado civil de las mujeres. Según se advierte en algunas de las entrevistas realizadas, su uso pareciera estar relacionado a que la pareja sexual, también vive con

VIH, ello evidenciaría la escasa asimilación cultural del uso del preservativo como medio de prevención. Esta constatación además se sustentaría en la inexistencia de una asociación significativa entre el nivel de instrucción y el uso de doble protección. En otras palabras, independientemente del nivel de instrucción formal de las parejas, el uso del preservativo no está incorporado en sus prácticas sexuales.

Tampoco la doble protección se asocia a la edad de las mujeres, ya que su uso es más frecuente entre mujeres de 30 a 44 años de edad, pero está ausente entre las jóvenes de 20 a 29 años, que están en el período de mayor fertilidad, lo que da cuenta de la tendencia observada en la conducta preventiva de las/os jóvenes, quienes usan el preservativo en las primeras relaciones con una nueva pareja, fundamentalmente para prevenir un embarazo, por lo que una vez que esta relación se consolida, es abandonado el uso de preservativos reemplazándose por anticonceptivos hormonales.

El segundo método más usado por las mujeres que participaron en este estudio, es la esterilización quirúrgica, que alcanza una proporción de 28,79% entre quienes usan MAC, detectándose además al menos 6 mujeres jóvenes (25 a 34 años), a las que se les practicó ligadura de trompas. Esto es especialmente relevante, ya que el porcentaje de esterilizaciones femeninas en Chile corresponde a un 9,8%, habiendo antecedentes en este estudio respecto de que mujeres con VIH, han sido presionadas a someterse a esterilizaciones o han sido esterilizadas sin su consentimiento. Ello reflejaría el atropello a los derechos reproductivos femeninos, como del mismo modo, esta transgresión se constituiría en una especie de sanción social por contraer el VIH. Cabe agregar que dos mujeres esterilizadas sin su consentimiento, presentan un bajo nivel educativo, lo que evidenciaría aún más el abuso de poder presente en este tipo de prácticas.

Con respecto la decisión acerca de la utilización de métodos anticonceptivos, más de la mitad de las encuestadas tomaron tal medida por sí solas, mientras que un poco más de un tercio de las mujeres tomó esta decisión en pareja. Existe una asociación significativa entre mantener relaciones sexuales, el estado civil de las mujeres y la toma de decisión sobre el uso de MAC, ya que cuando se trata de mujeres casadas o que viven en pareja, la decisión se produce de manera conjunta, mientras que en el caso de mujeres solteras y viudas la decisión la toman ellas solas.

Asimismo, se puede concluir que cualquiera sea el nivel de estudios alcanzado, la mayoría de las mujeres ha tomado sola la decisión de utilizar anticonceptivos, lo cual es consistente con los aprendizajes socioculturales y división de roles por género, que asignan a las mujeres la responsabilidad de la anticoncepción. No obstante, como hemos dicho, hay una proporción importante de las encuestadas casadas o que viven en pareja (29 casos), que han tomado con su pareja la decisión de utilizar o no algún MAC, lo que estaría indicando avances en la corresponsabilidad de la pareja en lo relativo a la anticoncepción. Lo anterior, podría estar influido por la necesidad de las mujeres que viven con VIH de usar preservativo, cuyo empleo ya sea de manera permanente o discontinua, es controlado por los hombres. Dado estos resultados, es relevante que las mujeres sean o no portadoras del VIH, dispongan del condón femenino y de estrategias de asimilación de éste como mecanismo de prevención para evitar adquirir el virus o re-infectarse.

Las entrevistas en profundidad permiten visualizar, que ninguna de las 10 entrevistadas había empleado preservativos antes del diagnóstico de VIH y que después de confirmado el diagnóstico, solo 3 de ellas lo usan de manera habitual, mientras que otras no los usan en todas sus relaciones sexuales debido a razones tales como: (i) la pareja no quiere incorporarlo, ya sea que ésta también viva con VIH o sea serodiscordante; (ii) consideran que ya no se produjo re-infección, (iii) tienen dudas respecto a si es necesario o no usarlo; lo que evidencia falta de información o acceso a informaciones un tanto contradictorias respecto de la posibilidad de re-infección y las consecuencias que ello puede tener para su salud.

3 VIH

Respecto de la edad en que las mujeres recibieron su diagnóstico de VIH, el promedio se ubica en los 32 años, sin embargo, la edad en que más frecuentemente se produjo el diagnóstico corresponde a los 28 años de edad, es decir, entre mujeres jóvenes en plena edad reproductiva. Hay también dos casos de mujeres en que el diagnóstico se produjo en edades extremas, a los 17 y 57 años de edad.

Un 68% de las mujeres fueron diagnosticadas en la etapa de la juventud (19 a 34 años), mostrando que esta es una epidemia que crece entre las mujeres más jóvenes; lo cual fundamenta la urgente necesidad de estrategias de prevención tempranas, considerando que el inicio sexual se produce cada vez más precozmente y aunque el promedio se ubica en los 18 años, esta tendencia no da cuenta de que hay grupos de población en el cual el inicio de la vida sexual se produce a edades más tempranas, tal como se evidencia en este estudio, en el que hay un grupo mayoritario integrado por 59 mujeres (57,8%) que tuvieron su primera relación sexual entre los 11 y 17 años.

La razón más frecuente por la cual las mujeres deciden realizarse la prueba de VIH se debe a que su pareja estaba viviendo el virus (42,16%). Si bien algunas de las encuestadas se practicaron el examen porque estaban embarazadas; a pedido de un médico o por voluntad propia, la razón más importante es la seropositividad de la pareja, ello sustentaría lo dicho anteriormente respecto a que el riesgo de contraer VIH es una posibilidad alejada de la cotidianeidad de las personas, que sólo se hace presente cuando el riesgo es evidente.

Cabe destacar que las entrevistas en profundidad permitieron corroborar la tendencia que se evidencia en el análisis cuantitativo de los datos, ya que todas las entrevistadas se hicieron el examen de VIH a raíz de alguna situación específica, ninguna de ellas lo hizo de manera preventiva. Ello muestra que la cultura de prevención en salud sexual no se encuentra arraigada en las prácticas cotidianas de las parejas, siendo la inmediatez la característica más enraizada en este plano.

Sólo un 10,78% de las mujeres decidió por voluntad propia efectuarse la prueba de VIH, ya que como hemos dicho, los motivos tienen que ver con la inminente posibilidad de haber contraído el VIH de su pareja o como medio de prevenir la transmisión vertical, razón que alcanza al 13,72% de los casos, ello ilustra la dificultad que tienen las mujeres para percibirse en riesgo de contraer el VIH y consecuentemente la dificultad para asumir un rol activo para autoprotegerse. A su vez, esta falta de auto-protección estaría relacionada con el aprendizaje cultural, presente tanto en hombres como en mujeres referido a que ellas deben centrar su atención en "los otros" antes de que en sí mismas, ello alimenta el mito relativo a que de ese modo se es una buena mujer y por sobre todo, una buena madre y esposa.

La falta de percepción del riesgo de contraer el VIH por parte de las mujeres, contrasta con los testimonios aportados por las mujeres que accedieron a ser entrevistadas, ya que nueve de las diez entrevistadas identifican que adquirieron el VIH por transmisión sexual de alguna pareja, sólo una de ellas señala otra vía de exposición (transfusión de sangre). Algunas de ellas manifiestan con claridad que veían el VIH como un problema lejano, como algo que sucedía a "otro tipo de personas", por lo que la confirmación del diagnóstico de la pareja o el propio, se constituye en un hecho profundamente devastador, más aún en aquellos casos en que existía la posibilidad de que sus hijos/as estuvieran también afectados por el virus.

Es así como se podría pensar en la naturalización de la violencia o formas de construir la cotidianeidad de las mujeres donde incorporan, justifican y/o generan mecanismos adaptativos a la violencia, que no representan una alerta para prevenir el VIH. Sumado a esto, las entrevistas en profundidad muestran una baja percepción de las mujeres en la asociación de experiencias de violencia y haber adquirido el VIH.

En Chile ha mejorado sustantivamente la atención de las personas que viven con VIH, lo que se puede apreciar en los testimonios de las mujeres entrevistadas, en cuanto a que no habrían tenido dificultades en el acceso a servicios y tratamientos relacionados directamente con el VIH. No obstante, solo dos de las entrevistadas recibieron consejería pre y post examen, lo que estaría indicando que aún cuando existe una normativa al respecto, no se estarían siguiendo a cabalidad las orientaciones establecidas en el protocolo en orden a que el test se debe realizar con el consentimiento (firmado) de las personas, incluyendo las acciones de consejería previa y posterior al examen.

Desde otra perspectiva, estos testimonios permiten señalar que las mujeres que viven con VIH han tenido fuertes experiencias de discriminación y violencia institucional, que se producen principalmente en servicios de atención en salud que no están destinados exclusivamente a quienes viven con VIH. En estos se han visto afectadas por prácticas que vulneran su derecho al acceso a la atención de salud en condiciones de igualdad, el derecho a una atención respetuosa y de calidad, el derecho a la confidencialidad, ello se ha expresado concretamente en la denegación de servicios de atención, en la extensión de horas de espera por ser VIH positiva, en el establecimiento de medidas de aislamiento innecesarias; como también a presiones dirigidas a aceptar la esterilización, incluyendo la esterilización sin consentimiento, entre otras prácticas reñidas con las directrices emanadas desde el Ministerio de Salud y por sobre todo, en pugna con el respeto a los Derechos Humanos y en particular con los de las mujeres.

Asimismo, la discriminación se ha hecho presente en las vidas de las niñas y niños que viven con VIH, expresándose como denegación del derecho a la educación pre-escolar y escolar y de atención de salud. Cabe mencionar que en todos los casos de discriminación hacia los niños y niñas hijos/as de las entrevistadas, ellas han ejercido su derecho a denunciar estos actos. Sin embargo, ello no ha sucedido en todos los casos en que sus propios derechos fueron vulnerados por prestadores/as de servicios públicos, ello ilustra la tendencia de las mujeres a procurar el bienestar de quienes están a su cuidado, mientras postergan o ignoran sus propias necesidades de atención o cuidado, siendo ello un aprendizaje sociocultural anclado en el imaginario tanto de hombres como de mujeres.

4. Experiencia de violencia

Un total de 63 mujeres (61,8%) de las que participaron en este estudio, vivió o vive algún tipo de violencia; esta cifra es coincidente con el estudio realizado por Vidal, Carrasco y Pascal (2004), que muestra que la presencia de violencia en mujeres que viven con VIH, es mayor que la que presenta la población de mujeres de la Región Metropolitana que alcanzaría a 50,3% (SERNAM, 2001). Dicho estudio concluye que un 77% de las mujeres que viven con VIH/SIDA habría sufrido violencia en el transcurso de sus vidas. Esta mayor presencia de violencia en la vida de las mujeres que actualmente viven con VIH, configura un escenario donde la violencia ha sido parte constitutiva de una mayor vulnerabilidad social de este grupo de mujeres.

Respecto del tipo de violencia experimentada por las mujeres, destaca la violencia emocional o psicológica, la que es reportada por un total de 54 mujeres (52,9%); le sigue la violencia física que es reconocida por 32 mujeres (31,4%); un número considerable de mujeres (29) declararon haber vivido situaciones de abuso sexual en su infancia (28,4%) y 22 mujeres reconocieron haber sido obligadas a mantener relaciones sexuales (21,6%).

La experiencia de violencia reportada por 63 mujeres se presenta en muchos casos en más de una etapa del ciclo vital, encontrándose que la violencia psicológica y física es más frecuente en la juventud y adultez, concentrándose en estas etapas del ciclo vital, el 90,4% y el 92,8% de los casos, respectivamente.

En lo que respecta a la violencia sexual, el análisis de las etapas de la vida en que las mujeres encuestadas fueron obligadas a mantener relaciones sexuales, muestra que la mayoría de los casos se concentran en la juventud (31,82%), en la niñez (18,18%) y en la juventud y adultez (18,18%).

El análisis desagregado y excluyente de las diversas experiencias de violencia reconocidas por las participantes de este estudio, permite distinguir un grupo de 23 mujeres (36,5%) que declararon haber vivido o vivir un solo tipo de violencia (abuso sexual o violencia psicológica o física o violación), y un grupo mayoritario constituido por 40 mujeres (63,5%), que reconocieron experiencias de violencia múltiple, o sea vivir o haber vivido al menos dos tipos de agresiones reiteradas a lo largo de su vida.

Entre las mujeres que reportaron la presencia de violencia, destaca la clara predominancia de la violencia sexual en sus vidas; pues esta experiencia, ya sea como única forma de violencia o como una de las manifestaciones de violencia múltiple, es reportada por 36 de ellas, es decir, un 57,14% de las mujeres vivió violencia sexual. Este hallazgo podría estar ilustrando la existencia de vínculos entre violencia y VIH.

Actualmente un 13,7% de las mujeres experimenta violencia psicológica y/o física. De ellas solo una vive violencia con posterioridad al diagnóstico, lo que podría relacionarse con que ésta se presenta justamente por la condición de seropositividad. Cabe mencionar, que las dos mujeres que continúan siendo agredidas físicamente, son viudas y que sus agresores son la madre y parientes, lo que podría estar dando cuenta del ejercicio de violencia como castigo y expresión de la discriminación que viven las mujeres con VIH, y que además se encuentran en una situación de dependencia económica.

Cabe señalar que aunque el cuestionario consultaba acerca de experiencias de violencia durante el embarazo y post parto, ninguna de las mujeres declaró haber vivido ningún tipo de violencia en estos períodos. Sin embargo, las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres que habían vivido violencia antes del diagnóstico de VIH, permitieron conocer al menos de tres mujeres que habían vivido violencia física y sexual durante el embarazo, en uno de estos casos se trata de una violación múltiple por desconocidos.

Coincidiendo con otras investigaciones, la evidencia que arroja este estudio muestra que los agresores en general son hombres. En el caso de la violencia de tipo psicológico los agresores en un 66,4% corresponden al marido/la pareja o ex pareja o ex novio de la mujer; estos agresores aumentan a un 81,25% en el caso de aquellas mujeres que reportaron violencia física. El 63,63% de los agresores de mujeres que han tenido experiencias de abuso sexual o han sido obligadas a mantener relaciones sexuales, han sido también su marido/pareja o ex marido/pareja/novio. En el caso de abuso sexual en la infancia en el 44,82% de los casos el agresor ha sido un familiar cercano, en una proporción de 20% un vecino o amigo de la familia y en un 17,24% el padre o padrastro. Ello sería el evidente reflejo de las construcciones culturales respecto de los sexos que forman parte de la socialización de hombres y de mujeres, otorgándoles poder a los hombres por sobre las mujeres y alimentando mitos referidos a la sexualidad, la violencia de género y la valoración simbólica de las mujeres en la sociedad.

En este estudio del total de mujeres sobrevivientes de violencia, se reconocen 3 casos de violación y 2 casos de abuso sexual en la infancia que fueron cometidos por un desconocido, lo que confirma el hecho de que la agresión sexual es más probable en el espacio de las relaciones más cercanas que en el espacio público.

Respecto de la experiencia de violencia a través de la distintas etapas del ciclo vital, las entrevistas en profundidad permiten conocer que en general las mujeres vivieron estas experiencias en soledad, en silencio, sin apoyo institucional incluso en casos de violencia grave, contando sólo algunas de ellas con apoyo de vecinas/os o amigas. Especialmente delicada es la situación que presentaron las mujeres abusadas sexualmente en la infancia, quienes son reiteradamente abusadas y no se atreven a develar los nuevos abusos porque sienten que no les creerían. Ello muestra una vez más la vulneración de los derechos infantiles, como asimismo, los mitos referidos a la baja credibilidad que tendrían los relatos de las niñas y niños, en que la cultura adultocéntrica determina que la veracidad es relativa en los testimonios infantiles.

También los testimonios de abuso o violación, dan cuenta de cómo estas experiencias al ser conocidas por la pareja, se constituyen en un recurso para la amenaza y el control de las mujeres, de tal modo que la experiencia previa de violencia, actúa como un factor de vulnerabilidad para la violencia en la relación de pareja.

El análisis de asociación entre la experiencia de violencia y los aspectos demográficos y socioeconómicos, no muestra que existan asociaciones estadísticamente significativas entre estas variables. Esto evidencia el carácter transversal de la violencia contra las mujeres, en tanto se trate de mujeres carentes de recursos económicos o se encuentren en posiciones de mayor autonomía económica. De igual modo, se evidencia que la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia, estaría fundamentalmente asociada a la condición y estatus de género.

5 VIOLENCIA Y VIH

Del total de mujeres que viven o han vivido violencia en cualquiera de sus manifestaciones, 57 vivieron violencia antes el diagnóstico de VIH, lo que representa un 56% del total de mujeres participantes en el estudio y un 90,4% del total de mujeres que viven o han vivido violencia. Estas cifras indican que sólo habría 6 mujeres cuya experiencia de violencia se inicia con posterioridad al diagnóstico de seropositividad.

Las manifestaciones de violencia previas al diagnóstico de VIH que reconocen las mujeres, son de carácter múltiple en 34 de los casos, es decir, una proporción mayoritaria refiere haber sufrido violencia de más de un tipo (59,5%), siendo la violencia psicológica la predominante (80,7%), seguida por las experiencias de abuso físico (50,95), y luego por el abuso sexual y la violación que en conjunto afectaron al 67,5% de las mujeres que vivieron violencia antes de recibir su diagnóstico de VIH+. Cabe hacer notar que la proporción de quienes vivieron violencia sexual antes del diagnóstico de VIH, es más alta que la que presenta el conjunto de mujeres que vivieron violencia, ello demostraría el vínculo entre ambas situaciones.

El análisis de la información recogida por tipo de violencia, da cuenta que algunas de las mujeres vivieron violencia psicológica en más de una etapa de su vida, concentrándose estas experiencias en la juventud y la adultez. Ello es coincidente con las experiencias de violencia física. Es decir, se presenta en más de una etapa de la vida, coincidiendo la mayor frecuencia entre los 19 y 34 años (juventud) y en la adultez (a partir de los 35 años).

La experiencia de abuso sexual infantil, se da en una proporción importante de mujeres cuyos relatos dan cuenta de la combinación de estas agresiones con otras formas de maltrato y negligencia por parte de las/os adultos. Asimismo, los datos dan cuenta de que la experiencia de violación se presenta en más de una etapa de la vida, con una clara predominancia en la adolescencia y juventud, aunque también es un tipo de agresión que vivieron cuatro mujeres durante su niñez, en algunos casos por períodos prolongados y por distintos agresores, como se pudo detectar a partir de las entrevistas en profundidad con algunas de ellas. Ello habla de una niñez desprotegida, donde el ámbito familiar no fue un espacio de cuidado, ello refuerza la necesidad de implementar estrategias de cuidado, prevención y efectiva protección de los derechos infantiles.

Cabe hacer notar que tres de las cinco mujeres que iniciaron su vida sexual precozmente teniendo una primera relación sexual consentida entre los 11 y 13 años, vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH. Sería interesante indagar si en una muestra con un mayor número de casos se mantiene esta tendencia. Queda abierta entonces la hipótesis referida a que existiría relación entre el inicio precoz de la vida sexual y la vivencia de violencia antes del diagnóstico. Del mismo modo que la posible asociación entre inicio precoz de la vida sexual y las vivencias de violencia intrafamiliar.

Los análisis estadísticos realizados dan cuenta que no existe asociación significativa entre las experiencias de violencia psicológica y sexual vividas antes del diagnóstico y la percepción que tienen las mujeres respecto de consecuencias o repercusiones en su salud mental. Solo hay asociación significativa entre haber tenido una experiencia de violencia física y considerar que ello ha tenido repercusiones en su salud mental.

Cabe destacar que entre las mujeres que vivieron violencia física se encuentra una mayoría que vivió

3 o 4 tipos de violencia a través de su vida. Las entrevistas en profundidad realizadas a diez mujeres permiten señalar que la experiencia de ser agredidas es una constante en la vida de quienes vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH, por lo cual, quizás la asociación que se presenta entre violencia física y repercusiones en la salud mental, solo cristaliza en una forma de agresión más ampliamente deslegitimada, la percepción de daño que pueden tener las mujeres afectadas por violencia.

El análisis de los motivos que llevaron a las mujeres que vivieron violencia antes del diagnóstico de VIH a realizarse el examen, indicaría que la experiencia de violencia no se constituye en un alerta para que ellas adopten una actitud de autoprotección respecto del VIH, ya que es muy baja la proporción de mujeres que viviendo violencia múltiple (2 tipos de violencia y todas las formas de violencia), asumen por voluntad propia la necesidad de realizarse el test de VIH.

Con respecto al efecto transgeneracional de la violencia, los datos de estudio confirman que la experiencia de haber visto/conocido de la violencia hacia la madre, es muy frecuente entre mujeres que viven violencia, ya que alcanza al 73,7% de las que experimentaron violencia antes de recibir el diagnóstico de VIH, y al 65,7% del total de participantes en el estudio. Estos altos porcentajes, evidencian que las participantes del estudio tuvieron una socialización en el cual el proceso de construcción identitaria se produce en un entorno en el cual estuvieron expuestas a conductas y actitudes de agresión y desvalorización de lo femenino.

Cabe mencionar que la incidencia que tiene entre mujeres que viven violencia el haber sido testigos de violencia hacia su madre, muestra porcentajes similares en otros estudios, como el realizado con una muestra representativa de mujeres en la comuna de San Ramón, que identificó que el 64,7% de las mujeres que vivían algún tipo de violencia con su pareja actual, habían presenciado el maltrato hacia sus madres (Calvin, Toro, 2001).

Aunque los datos no indican la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre haber presenciado violencia hacia la madre y la experiencia de violencia previa al diagnóstico, cabe señalar que el análisis desagregado por tipo de violencia, muestra un valor de asociación de 0.044, con la violencia psicológica, que es el tipo de agresión más frecuente. Aunque este valor no indica que haya asociación, es quizás un antecedente que debería ser investigado con mayor profundidad de manera de precisar en que medida las agresiones verbales así como el ser testigos de violencia hacia una figura femenina, influyen en la aceptación del orden de género que legitima el ejercicio de violencia contra las mujeres.

Cabe destacar que ninguna de las mujeres manifiesta ni al ser encuestadas ni al momento se entrevistadas que haya relación entre la vivencia de violencia de cualquier tipo y haber contraído el VIH. Aunque no constituye una tendencia, algunas de las mujeres más bien consideran que vivir con el VIH las expone a violencia; señalándose que vivir con el virus, "pone agresivas a las personas" o que al establecer una nueva relación de pareja, es probable que sea atacada por ser VIH positiva, por lo que es "mejor que una mujer con VIH no tenga pareja".

Respecto de la experiencia de violencia y en menor medida en relación a la condición de VIH positiva, se reconoce en los discursos de las mujeres, la tendencia a buscar los motivos que las llevaron a ser objeto de agresiones o a contraer el VIH, emergiendo mitos vinculados a sus características físicas, sus actitudes y conductas, las que desencadenarían las agresiones en su contra, lo mismo sucede respecto del VIH, aunque en este caso, se presentan de manera más evidente los sentimientos de culpa por haber adquirido el VIH y en algunos casos esto se verbaliza como un castigo por una conducta diferente a lo que los mandatos patriarcales permiten a las mujeres.

La violencia masculina emerge en los discursos de las mujeres como una realidad natural, propia de los hombres o asociada a situaciones de consumo de alcohol, no reconociéndose el impacto de la violencia sexual en la pareja, que aparece minimizado en el contexto de otras formas de maltrato.

Las explicaciones que se dan las mujeres frente a las experiencias de agresión ya sea de sus parejas o de otros hombres, dan cuenta de una profunda aceptación del estereotipo masculino y consiguiente sometimiento a la violencia. Ello evidencia el aprendizaje de símbolos con que hombres y mujeres son socializados y por consiguiente se relacionan en la cultura actual, que coarta el desarrollo de relaciones interpersonales sanas e igualitarias, dejando a las mujeres en una situación en que la atribución social de la responsabilidad de las mujeres en la situación de violencia, les insta a vivirla con culpa y en silencio.

La mantención en relaciones de pareja violentas y el cambio en las mismas, es explicada por algunas mujeres por la falta de acceso a recursos de información y apoyo institucional, lo que junto a testimonios que relevan la importancia del apoyo comunitario en el enfrentamiento de la violencia en la pareja, muestran la necesidad de políticas que aborden integralmente la violencia contra las mujeres.

Si bien en términos generales la hipótesis de la existencia de relación entre violencia y VIH queda abierta, este estudio ha permitido establecer la

asociación entre experiencias de violencia sexual y haber contraído el VIH. Del mismo modo, la realización de esta investigación permite establecer las bases para indagar sobre la vivencia de violencia después de diagnosticadas las mujeres como seropositivas.

Del mismo modo, la reconstrucción de las historias de vida marcadas por las vivencias de violencia y la condición de VIH positiva, abren preguntas referidas a si existen diferencias en las construcciones simbólicas respecto de la vida en pareja y el VIH, en mujeres que no han vivido violencia antes del diagnóstico. La comparación entre las experiencias de mujeres que han vivido violencia antes del diagnóstico de VIH, respecto de aquellas que no la han experimentado, permitiría establecer con mayor claridad las posibles asociaciones entre ambas pandemias. Desde otra perspectiva, la realización de este estudio abre preguntas referidas a las construcciones simbólicas que subyacen a la atención de las mujeres que viven con VIH, por parte de profesionales de trato directo.

La consejería se constituye en otro tema en que quedan hipótesis abiertas, en el sentido de preguntarse por ejemplo, cuál sería la influencia de las variables culturales en el logro de procesos de acompañamiento de mujeres que viven con VIH, que realmente potencien una salud física y psicológica de calidad.

ANEXO A: METODOLOGÍA EMPLEADA EN EL ESTUDIO

El propósito del estudio es aportar a "Formular recomendaciones y contribuir a la elaboración de políticas públicas centradas en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, y el VIH - SIDA en forma integral desde una perspectiva de género y derechos humanos, de manera de colaborar a disminuir el riesgo de infección de VIH en población de mujeres víctimas de violencia, vinculando ambos factores en la definición de políticas de prevención y atención".

Objetivos

La investigación propuesta es un estudio de carácter exploratorio de componentes cuantitativos y cualitativos, cuyo objetivo general es el de "Explorar si existe mayor vulnerabilidad ante el VIH en población de mujeres víctimas de violencia, y conocer los modos de vinculación de ambas pandemias".

Los objetivos específicos del estudio son:

- Conocer la frecuencia en que mujeres con VIH vivieron situaciones de violencia antes del diagnóstico de la enfermedad.
- Conocer las creencias, percepciones, experiencias y actitudes de mujeres víctimas de las dos pandemias, sobre la relación entre las situaciones de violencia que vivieron y su condición de personas viviendo con VIH.

El primer objetivo responde al componente cuantitativo y el segundo objetivo al de tipo cualitativo.

Muestra

Para la fase cuantitativa del estudio, la muestra estuvo constituida por mujeres que viven con VIH mayores de 18 años de las ciudades de Santiago y Concepción, que reciben asistencia en los centros de salud públicos, de referencia para la atención a personas viviendo con VIH o integrantes de grupos de personas viviendo con VIH que están recibiendo medicamentos.

La muestra estuvo constituida por 102 mujeres viviendo con VIH, y los criterios empleados para determinar el tamaño de la misma, consideraron que se trata de un estudio exploratorio sobre variables relacionadas con el VIH y la violencia, en la que el factor bajo estudio (violencia) tiene una frecuencia de 50%. Se estimó un error estándar de + -10, y una tasa de rechazo a la encuesta de 10%.

Para conformar la muestra cualitativa se invitó a participar a mujeres que declararon haber sido víctimas de violencia antes del diagnóstico de VIH y que estuvieran dispuestas a ser entrevistadas en una segunda oportunidad para recabar la información necesaria para el componente cualitativo del estudio. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad hasta que se completó el criterio de saturación de la información.

Instrumentos de recolección de datos

Para conocer la frecuencia en que las mujeres con VIH experimentaron violencia antes del diagnóstico de la enfermedad, se aplicó un cuestionario (ver Anexo B1) elaborado especialmente para los fines de este estudio, el que fue consensuado entre los equipos de trabajo de cada país participante. El cuestionario se compone de cuatro módulos:

- El primer módulo recaba datos sociodemográficos de las participantes como edad, estado civil, situación de pareja, nivel de instrucción, trabajo, ingresos y condiciones de la vivienda
- El segundo módulo tiene como objetivo recabar información sobre el diagnóstico de VIH, y temas relacionados a la salud sexual y reproductiva.
- El tercer módulo indaga la existencia de violencia, para el cual se utilizó el instrumento "Cuestionario para detectar violencia de género" que ha sido elaborado con el apoyo de International Planned Parenthood Federation (IPPF) y que fue validado por Majdalani MP et al[68], siendo adaptado para efectos de este estudio. Este módulo indaga sobre violencia psicológica, violencia física y abuso sexual, incorporándosele

68 Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. Revista Panamericana Salud Pública. 2005;17(2):79-83

un componente de temporalidad que permite indagar situaciones de violencia previas al diagnóstico de VIH[69].

- Por último, un módulo para ser aplicado sólo a aquellas mujeres que refieran haber sido víctimas de violencia de género, que pretende explorar acerca de posibles lesiones sufridas.

El cuestionario fue revisado y validado en Chile por la encargada del área de género y otros integrantes de la organización VIVO POSITIVO, la Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas viviendo con VIH/SIDA, quienes realizaron sugerencias para una mejor comprensión de las preguntas por parte de las encuestadas.

Para el componente cualitativo del estudio, se elaboró y consensuó entre los equipos de cada país, una pauta de entrevista en profundidad, con preguntas orientadoras (ver Anexo B2) en relación a las temáticas abordadas en el estudio como: violencia en la infancia, abuso sexual en la infancia, violencia en la pareja, búsqueda de ayuda en servicios de salud, salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA, violencia institucional y percepción de la relación entre VIH y Violencia. Este módulo cualitativo pretende acceder a información sobre las situaciones de violencia vividas por mujeres que luego fueron diagnosticadas con VIH.

Trabajo de campo

Para la estrategia de reclutamiento de las mujeres en Santiago y Concepción que se realizó entre los meses de diciembre 2008 y marzo de 2009, se establecieron convenios de trabajo con consejeros de la organización VIVO POSITIVO, con una persona de MOLOKAI[70] y con Fundación Savia para que contactaran y aplicaran el cuestionario a mujeres con VIH.

Se sostuvieron reuniones de trabajo con las encuestadoras, en las que se revisó en detalle el cuestionario y los instructivos, para asegurar una correcta aplicación del mismo. Se puso especial atención en la entrega de orientaciones para que las encuestadoras pudieran brindar una primera acogida a mujeres que durante la aplicación del cuestionario, presentaran conmoción emocional al informar de su experiencia con el VIH o develar experiencias de violencia. Las encuestadoras dispusieron de material escrito con información y datos de contacto de los Centros del SERNAM[71] más cercano al domicilio de las encuestadas, de modo de facilitar la búsqueda de ayuda y orientación si fuera necesario.

Para la fase cualitativa del estudio se invitó a participar de una entrevista en profundidad a mujeres a las que se les aplicó el cuestionario y que refirieron haber sido víctimas de violencia antes de haber recibido el diagnóstico de VIH y que aceptaron ser entrevistadas. Las mujeres así reclutadas fueron contactadas posteriormente para realizar una entrevista en profundidad.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas por las profesionales del equipo educativo de Fundación EPES, previa firma de un consentimiento y autorización para grabar la entrevista. Las entrevistas fueron transcritas íntegramente.

Análisis

Los datos del cuestionario se digitaron en una base de datos en ACCES, supervisándose una muestra aleatoria que representaba el 42% de las encuestas digitadas. Cabe mencionar que también se supervisó el 12% de los cuestionarios aplicados.

Los datos del cuestionario se exportaron para su procesamiento al software SPSS para la realización de los análisis de frecuencia en las variables que permiten obtener un perfil de las encuestadas, una caracterización socioeconómica, así como de las variables que corresponden a las temáticas priorizadas en el estudio. Para los análisis de asociación entre variables se aplicó la prueba de (chi2) estableciendo un intervalo de significancia que fluctúa entre 0.000 y 0.009 con un nivel de confianza de 99%.

Para efectos del análisis del componente cualitativo del estudio se consensuaron las siguientes categorías temáticas entre los equipos de trabajo de cada país:

- Características vitales de la persona
- Situaciones de Violencia
- Infección por VIH
- Percepción de la relación entre la Violencia y el VIH
- Creencias, actitudes respecto de la relación entre VIH y violencia.
- Percepción de Violencia y Violencia institucional
- Métodos anticonceptivos

Con estas categorías se analizaron los 10 relatos, llenándose un registro codificado para cada persona, realizando análisis verticales y horizontales de los registros.

Aspectos éticos

La aplicación del cuestionario cumplió con los

69 Se solicitó autorización a las autoras de este instrumento para ocuparlo en este estudio.
70 MOLOKAI: institución de la VIII región que brinda apoyo social a personas que viven con VIH en la ciudad de Concepción.
71 SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer

requisitos de resguardo de la identidad y confidencialidad de las mujeres encuestadas. Antes de aplicar el cuestionario, las mujeres dieron su aprobación para ser encuestadas firmando un documento (ver Anexo B3), que fue leído por ella o la encuestadora y en el que se consignaron el nombre de pila e iniciales de su primer apellido, junto con su teléfono personal. Igual procedimiento se estableció para la realización de las entrevistas en profundidad. Los consentimientos firmados se encuentran guardados bajo llave en un lugar seguro y separados de las encuestas.

Cada cuestionario fue identificado con el código asignado por el sistema público de salud al momento de confirmarse el diagnóstico de VIH. Dicho código fue consignado en el consentimiento y en cada página del cuestionario como una forma de evitar errores producto de la manipulación posterior de los cuestionarios (digitación, supervisión del ingreso de datos, etc).

El diseño y protocolo de esta investigación fue revisado por comités de ética en Argentina y Brasil respectivamente, en Uruguay la autoridad de salud declaró la investigación de interés nacional. En Chile se recibieron sugerencias de parte del equipo de CONASIDA, incorporándose las relativas al texto del consentimiento informado y apoyo para gestionar la revisión del protocolo por un comité de ética, lo que finalmente no se pudo concretar en los plazos requeridos para el desarrollo del estudio en los cuatro países.

ANEXO B

ANEXO B 1

Código:_____

Dos caras de una misma realidad:
Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR

CUESTIONARIO

Fecha: _____

Buenos días/tardes, mi nombre es _____ y soy encuestadora de _____. En esta ocasión estamos realizando una encuesta a mujeres viviendo con VIH para conocer aspectos vinculados a su salud. La información proporcionada por usted es confidencial y su nombre no será incluido en ningún documento que se publique con los resultados de este estudio.

Puedo hacerle algunas preguntas?

❑ 1 Si -Leer y hacer firmar el consentimiento previo a continuar con el cuestionario.
❑ 2 No -Fin de cuestionario

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1 ¿Qué edad tiene? _____ años

2 Ud. vive en una comunidad o localidad que queda en una zona: Leer opciones
❑ 1 Urbana
❑ 2 Rural

3 ¿En relación a su color o etnia, como se describe? -Leer opciones
❑ 1 Blanca
❑ 2 Afrodescendiente
❑ 3 Indígena - Mapuche
❑ 4 Otra
❑ 90 No contesta

4 ¿Cuál es su estado civil? Respuesta espontánea
❑ 1 Casada o vive en pareja -Pasa a pregunta 6
❑ 2 Soltera
❑ 3 Divorciada
❑ 4 Viuda
❑ 5 Otro -Especificar_____
❑ 90 No contesta

5 ¿Actualmente está en pareja ó noviando/pololeando?
❑ 1 Si
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

6 ¿Con quién vive actualmente? -Respuesta espontánea, marcar todas las opciones

- ❑ 1 Esposo/pareja
- ❑ 2 Hijos
  - ❑ a uno o dos hijos/as
  - ❑ b tres a cinco
  - ❑ c más de cinco
- ❑ 3 Madre
- ❑ 4 Padre
- ❑ 5 Hermanos/as
- ❑ 6 Otros familiares
- ❑ 7 Sola
- ❑ 8 Otros -Especificar_____

7 ¿Cuántas personas en total viven en su casa? _____personas

Nivel de instrucción

8 ¿Sabe leer y escribir?

- ❑ 1 Lee
- ❑ 2 Escribe
- ❑ 3 Ambos
- ❑ 90 No contesta

9 ¿Cuál fue su máximo nivel de estudios alcanzado?

- ❑ 1 Ninguno
- ❑ 2 Primaria incompleta _____ años
- ❑ 3 Primaria completa _____ años
- ❑ 4 Secundaria incompleta _____ años
- ❑ 5 Secundaria completa _____ años
- ❑ 6 Estudios terciarios/universitarios incompletos _____ años
- ❑ 7 Estudios universitarios/terciarios completos _____ años
- ❑ 8 Enseñanza técnico-profesional incompleta _____ años
- ❑ 9 Eneñanza técnico-profesional completa _____ años
- ❑ 90 No contesta

Sume la cantidad total de años de estudio de la encuestada
(primaria + secundaria + terciario/universitario) _____ años

Trabajo

10 ¿Trabajó alguna vez de forma remunerada?

- ❑ 1 Si
- ❑ 2 No

11 ¿Trabaja actualmente de forma remunerada?

- ❑ 1 Si
- ❑ 2 No -Pasa a pregunta 13

12 ¿Qué tipo de trabajo remunerado realiza? -Respuesta espontánea-

- ❑ 1 Cuenta propia
- ❑ 1.1 Profesional
- ❑ 1.2 Empresaria
- ❑ 1.3 Obrera calificada
- ❑ 1.4 Obrera no calificada
- ❑ 1.5 Otros -Especificar _____

2Empleada

- ❑ 2.1 Profesional
- ❑ 2.2 Doméstica - Asesora del hogar
- ❑ 2.3 Comercio
- ❑ 2.4 Obrera calificada
- ❑ 2.5 Obrera no calificada
- ❑ 2.6 Otros -Especificar _____

Ingresos

13 ¿Podría decirme quién es la persona que más ingresos aporta para sostener los gastos del hogar? Respuesta espontánea. Marcar sólo una opción

- ❑ 1 Tu misma.
- ❑ 2 Esposo/pareja
- ❑ 3 Padre/madre
- ❑ 4 Hermano/a
- ❑ 5 Hijo/a
- ❑ 6 Otro -Especificar_____
- ❑ 90 No contesta

14 ¿Podría decirme cuál es el monto del ingreso en pesos de los últimos 30 días, considerando todas las formas de ingreso monetario de todos los integrantes del hogar? - Leer todas las opciones. Completar todas las que corresponda

- ❑ 1 Salario $_____
- ❑ 2 Vales para compra de alimentos $_____
- ❑ 4 Propinas $_____
- ❑ 5 Cuota alimentaria $_____
- ❑ 6 Becas $_____
- ❑ 7 Seguro de desempleo $_____
- ❑ 8 Subsidios / Prog. de empleo $_____
- ❑ 9 Jubilación / Pensión $_____
- ❑ 10 Rentas (alquiler, intereses, etc.) $_____
- ❑ 11 Otros -Especificar_____ $_____
- ❑90. No contesta

Condiciones de la Vivienda

15 ¿En qué tipo de alojamiento vive ud? -Respuesta espontánea-

- ❑ 1 Casa
- ❑ 2 Rancho / Mediagua
- ❑ 3 Departamento
- ❑ 4 Inquilinato/conventillo
- ❑ 5 Cuartos de hotel/pensión
- ❑ 6 Otro -Especificar _____

16 El lugar donde Ud vive es: -Leer opciones

- ❑ 1 Propio
- ❑ 2 Alquilado
- ❑ 3 Una vivienda o una habitación prestada
- ❑ 4 Su lugar de trabajo
- ❑ 5 Ocupado
- ❑ 6 Otros -Especificar _____

17 ¿Cuántas habitaciones tiene el lugar donde vive, sin contar baño, lavadero y cocina?
Número de habitaciones _____

IIDIAGNÓSTICO DE VIH - SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre sus embarazos y la planificación familiar, es decir sobre las formas que usted y sus compañeros han utilizado para evitar embarazos.

18 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
años _____
❑ 00 No tuvo - pasa a pregunta 25-

19 ¿Esta relación fue... -Leer las opciones-
❑ 1 Consentida/querida
❑ 2 Por medio de la fuerza
❑ 3 Por medio de amenazas
❑ 4 Otros -Especificar _____
❑ 90 No contesta

20 Actualmente, ¿Usted tiene relaciones sexuales?
❑ 1 Si
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

21 Actualmente ¿Usted usa algún tipo de método para evitar un embarazo?
❑ 1 Si
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

22 Leer pregunta según respuesta anterior de la encuestada
¿Quién tomó la decisión acerca del método que usa?
¿Quién tomó la decisión de no usar algún método? -Respuesta espontánea
❑ 1 Usted sola
❑ 2 Usted con su pareja
❑ 3 Su pareja sola
❑ 4 Profesional de la salud
❑ 5 Usted con el profesional de salud
❑ 6 Otros -Especificar _____
❑ 90 No contesta

23 Solo a las que respondieron sí en la pregunta 21
¿Cuál es el método que utiliza actualmente? -Marque todas las que corresponda-
❑ 1 Ninguno
❑ 2 Pastillas anticonceptivas
❑ 3 Dispositivo Intra Uterino (DIU)
❑ 4 Preservativo
❑ 5 Inyección
❑ 6 Diafragma
❑ 7 Ligadura de trompas
❑ 8 Vasectomia
❑ 9 Coito interrumpido
❑ 10 Yuyos hierbas
❑ 11 Abstinencia periódica/ calendario
❑ 12 Billings
❑ 13 Otros -Especificar _____
❑ 99 No sabe
❑ 90 No contesta

24 ¿Cuál fue el principal motivo por el que eligió/eligieron ese método?
-Respuesta espontánea. Marcar todas las que corresponda-
❑ 1 Porque es más efectivo
❑ 2 Porque no daña la salud
❑ 3 Porque es más barato o gratuito

❑ 4 Porque es lo único que consiguió
❑ 5 Porque se lo indicó el médico
❑ 6 Por consideraciones éticas o religiosas
❑ 7 Otros -Especificar _____

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de su diagnóstico de VIH.

25 ¿Qué edad tenía cuando se diagnosticó el VIH? _____años

26 ¿Cuáles fueron los motivos por los que se realizó el test? -Respuesta espontánea. Marcar todas las que corresponda-
❑ 1 Voluntad propia
❑ 2 Embarazo
❑ 3 Relación sexual sin protección
❑ 4 Pareja viviendo con VIH
❑ 5 Pedido del médico/a
❑ 6 Violación
❑ 7 Compartir drogas inyectables
❑ 8 Otros (especificar)

IV. VIOLENCIA

El maltrato y la violencia son situaciones muy comunes en la vida de las mujeres, y esto tiene distintas consecuencias. Por este motivo nos interesa conocer si alguna vez a ud le han ocurrido algunas de las situaciones que le describiremos a continuación.

27 ¿ Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida? Por ejemplo:

Insultos	Maltrato a sus hijos
Hacerla sentir avergonzada o humillada	Desprecio por las tareas que usted realiza
Burlas	Destrucción de objetos propios
Amenazas	Daño a mascotas
Rechazo o desprecio	Otras: cuáles _____
Aislamiento de amigos o parientes	

❑ 1 Si ¿Quién (quienes) lo hizo? _____
❑ 2 No -pasa a pregunta 30-
❑ 90 No contesta -pasa a pregunta 30-

28 ¿En qué etapas de su vida sucedió? - Leer las opciones. Marcar todas las que corresponda
❑1Niñez ❑2Adolescencia ❑3Juventud ❑4Adultez ❑5Mayor de 65 años ❑6Embarazo y/o postparto

29 ¿Sucede actualmente?
❑ 1 Sí
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

30 ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? Por ejemplo:

Empujones	Golpe de puños Quemaduras
Zamarreos	Mordeduras Ahorcamiento
Pellizcos	Palizas Golpes con objetos
Tirón de pelo	Patadas Daño con armas
Cachetadas	Otra forma: cuál:_____

❑ 1 SI ¿ Quién (quiénes) lo hizo? _____
❑ 2 NO -pasa a pregunta 33-
❑ 90 No contesta -pasa a pregunta 33-

31 ¿En qué etapas de su vida sucedió? -Puede marcar más de una si corresponde
❑1Niñez ❑2Adolescencia ❑3Juventud ❑4Adultez ❑5Mayor de 65 años ❑6Embarazo y/o postparto

32 ¿Sucede actualmente?
❑ 1 Si
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

33 ¿ Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien, o haber tenido relaciones o contacto sexual?
❑ 1 Si ¿Quién (quiénes) lo hizo? _____
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

34 ¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual?
❑ 1 Si ¿Quién (quiénes) lo hizo? _____
❑ 2 No -pasa a pregunta 37-
❑ 90 No contesta -pasa a pregunta 37-

35 ¿En qué etapas de su vida sucedió?
Puede marcar más de una si corresponde
❑1Niñez ❑2Adolescencia ❑3Juventud ❑4Adultez ❑5Mayor de 65 años ❑6Embarazo y/o postparto

36 ¿ Sucede actualmente?
❑ 1 Si
❑ 2 No
❑ 90 No contesta

37 Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?
❑ 1 Si
❑ 2 No
❑ 99 No sabe
❑ 90 No contesta

38 De las formas de violencia que enumeramos ¿alguna sucedió antes de que usted recibiera el diagnóstico de VIH?
❑ 1 Si
❑ 2 No -pasa a pregunta 40-
❑ 99 No sabe -pasa a pregunta 40-
❑ 90 No contesta -pasa a pregunta 40-

39 ¿Cuáles de las formas de violencia que enumeramos sucedió antes de que usted recibiera el diagnóstico de VIH?
❑ 1 Daño emocional o psicológico, como ser… (ejemplos de pregunta 27)
❑ 2 Daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada, como... (Ejemplos de pregunta 30)
❑ 3 Haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual cuando era niña
❑ 4 Obligada a tener relaciones o contacto sexual

40 ¿Piensa que estos comportamientos hacia usted pudieron repercutir en su salud mental o psicológica? -Leer opciones
❑ 1 Nada
❑ 2 Poco
❑ 3 Mucho
❑ 99 No sabe
❑ 90 No contesta

41 ¿Cuándo Ud. era niña o adolescente, vio o escuchó situaciones de violencia hacia su madre por parte de su esposo, pareja, conviviente o novio?

❑ 1 Sí, alguna vez
❑ 2 Sí, siempre
❑ 3 No, nunca
❑ 99 No sabe
❑ 90 No contesta

V. LESIONES

-Administrar esta sección sólo si la mujer refiere haber sido victima de violencia-

Me gustaría saber más sobre las lesiones sufridas como consecuencia de los actos perpetrados por cualquiera de las personas de las que hemos hablado. Por lesiones me refiero a cualquier forma de daño físico, como cortes, esguinces, quemaduras, fracturas de huesos o dientes, o cualquier otro daño de este tipo.

42 ¿Alguna vez ha sufrido lesiones, daños en su cuerpo o genitales y/o adquirido enfermedades o infecciones como resultado de actos de violencia cometidos por cualquiera de las personas que mencionamos? Piense en los actos de los que hemos hablado anteriormente

❑ 1 Si
❑ 2 No -Finalice el cuestionario
❑ 90 No contesta

43 ¿Cuántas veces en su vida ha sufrido lesiones, daños en su cuerpo o genitales y/o adquirido enfermedades o infecciones, producto de la violencia?
¿Diría que una o dos veces, varias o muchas veces?

❑ 1 Una o dos veces
❑ 2 De tres a cinco veces
❑ 3 Más de cinco veces
❑ 90 No contesta

44 ¿Alguna vez tuvo que recibir asistencia médica por los maltratos? - Leer opciones -

❑ 1 Sí, alguna vez
❑ 2 Sí, siempre
❑ 3 No, nunca
❑ 90 No contesta

Fin de la encuesta

- Agradezca el tiempo que le ha dedicado.
- Destaque que la información que ella ha proporcionado es muy importante.
- Pregunte si desea una lista de organizaciones y servicios que le pueden ser útiles.

Nombre de la encuestadora: _____

Si la entrevistada ha vivido violencia **antes del diagnóstico de VIH:**

Consulte si acepta ser entrevistada para profundizar la información entregada.

Si la persona acepta, anote los siguientes datos:

Nombre de pila:_____

Teléfono personal para contactarla:_____

ANEXO B 2

Código:_____

Dos caras de una misma realidad:
Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR

ENTREVISTA

Buenos días/tardes, mi nombre es_____ y soy encuestadora de_____. En esta ocasión estamos realizando una entrevista a mujeres viviendo con VIH para conocer aspectos vinculados a su salud. A partir de entrevistas de mujeres, nos interesa rescatar sus testimonios y experiencias de vida. Esto será un importante aporte para este trabajo, por ello le solicitamos su colaboración. Esta entrevista es absolutamente anónima, lo que implica que no se divulgará su nombre, ni nada que pueda identificarla.

Puedo hacerle algunas preguntas?

❑ 1 Si -Leer y hacer firmar el consentimiento previo a continuar con el cuestionario
❑ 2 No -Fin de cuestionario

Fecha: _____ Entrevistador/a: _____

Preguntas orientadoras

I Situaciones de violencia

Ahora le voy a preguntar sobre situaciones de violencia, nos interesa conocer si alguna vez a ud le han ocurrido algunas de las situaciones que le describiremos a continuación.

VIOLENCIA EN LA INFANCIA

- Durante su infancia o adolescencia ¿Cómo era la relación de sus padres? ¿Recuerda si existía violencia?
- ¿Cómo era la relación con sus padres y usted? ¿Eran agresivos? ¿Existía violencia?
- Cuando era niña o en su adolescencia ¿vivió alguna situación de violencia? (indagar sobre violencia física y psicológica. Quién la maltrató)
- Cuándo se dieron esas situaciones de violencia ¿lo conversó con alguien? ¿Buscó ayuda?

ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

- ¿Durante su infancia alguien: un familiar cercano, un vecino, un amigo de la familia abuso sexualmente de Ud (le mostraron o la obligaron a tocar los genitales de otra persona, la manosearon, la obligaron a tener relaciones sexuales de alguna forma)
- Cuándo se dieron esas situaciones de abuso ¿lo conversó con alguien? ¿Buscó ayuda? En caso de haber concurrido a Servicios de salud indagar ¿qué repuesta obtuvo?

VIOLENCIA EN LA(S) PAREJA(S)

- ¿Con sus novios o parejas, vivió alguna situación de violencia? (Indagar historia, frecuencia, tipos de violencia y gravedad)
- ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales forzadas, contra su voluntad?
- ¿Alguna de sus parejas la obligó a realizar otros actos sexuales contra su voluntad?
- ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales forzadas sin uso de preservativo?

BÚSQUEDA DE AYUDA EN SERVICIOS DE SALUD

- ¿Buscó alguna vez ayuda en un servicio de salud?
  Si la respuesta es negativa preguntar ¿Cuáles fueron los motivos por los que no buscó ayuda en un servicio de salud?

Si la respuesta es afirmativa preguntar:

- ¿Qué edad tenía usted cuando buscó ayuda en un servicio de salud por primera vez?
- ¿Qué orientaciones recibió del personal de salud?
- ¿La orientaron sobre la prevención del VIH?
- ¿Qué resultados tuvo la orientación que recibió del personal de salud?

II Salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA

- ¿Usó algún método anticonceptivo antes del diagnóstico de VIH? ¿Cuáles?
- ¿Alguna de sus parejas o compañeros mostraron resistencias a que ud. utilizará algún método anticonceptivo?
- ¿Actualmente está en pareja o tiene relaciones?
- ¿Utiliza algún método anticonceptivo? (indagar historia anticonceptiva post diagnóstico VIH+)
- ¿En qué momento/ a raíz de que situación se realizó el análisis de VIH?
- ¿Le hicieron consejería antes y después de hacerse el examen?

III Violencia institucional

- ¿Has tenido alguna dificultad para acceder al tratamiento y otros servicios de VIH/SIDA?
- ¿Algún profesional de la salud le maltrató, humilló, amenazó o discriminó por vivir con VIH?
- ¿Ha sido presionada o le han realizado una operación de esterilización para no tener más bebés?

IV. Relación violencia y VIH

- ¿Cree que haber sufrido violencia y el VIH/SIDA se relacionan de alguna forma?

ANEXO B 3

Código:_____

Dos caras de una misma realidad:
Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para Chile

La estamos invitando a formar parte de una investigación que está siendo realizada por Fundación EPES. Esta investigación es financiada por UNIFEM.

Fundación EPES es una organización no gubernamental, que desde 1982 se dedica a la promoción y prevención en salud desde un enfoque de derechos y género.

El propósito de este estudio es obtener información sobre aspectos relacionados con posibles situaciones de violencia que usted podría haber vivido durante su vida, así como de su salud sexual y reproductiva.

Esta investigación tiene como objetivo explorar si existe mayor vulnerabilidad ante el VIH en mujeres víctimas de violencia. Para cumplir con el mismo le realizaremos una encuesta para conocer posibles situaciones de violencia que usted podría haber vivido.

Los resultados del estudio son confidenciales y el análisis de la información recolectada de las encuestas se va a hacer en forma colectiva y no individual por cada caso.

La participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene el derecho de no participar de este estudio o puede decidir interrumpir la encuesta en cualquier momento. Si su decisión es la de no participar en el estudio, esto no tendrá implicancias en su atención médica, beneficios y garantías en salud.

Usted es libre de preguntar lo que desee y no existen riesgos asociados a su participación en este estudio.

Si Usted tiene preguntas acerca del estudio, por favor contacte con María Eugenia Calvin Pérez, coordinadora del proyecto, en el número de teléfono 548 7617.

Ud. va a recibir una copia de este consentimiento para guardarla si necesita referirse a ella en el futuro.

Nombres e iniciales apellidos participante _____

Teléfono personal _____

Firma: _____ Fecha:_____
Participante del estudio

Firma: _____ Fecha:_____
Persona que obtiene el consentimiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONASIDA (2000) Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

CONASIDA (s/f) Políticas y estrategias de prevención. Área de Prevención. Comisión Nacional del SIDA.

Kishor, Sunita; Jonson, Kiersten (2004). Profiling domestic violence: a multi- country study. ORC Macro. Maryland

La Morada (2004) Femicidio en Chile. Corporación La Morada y Naciones Unidas en Chile. Santiago.

Larraín, Soledad; Valdebenito, Lorena y Rioseco, Luz (2008). Consultoría Nacional. La situación de violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y políticas públicas. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Ley N° 19.779. Ley en prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial de 14 de Diciembre de 2001.

Ministerio de Planificación. Trabajo e Ingresos versión prensa 1. CASEN 2006. Gobierno de Chile. Santiago.

MINSAL (2006) II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Informe de Resultados. Total Nacional Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Gobierno de Chile, Departamento de Epidemiología. Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Santiago.

MINSAL (2007). Informe consolidado. Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres. Documento de trabajo. Gobierno de Chile. Santiago.

MINSAL (2008a) Ministerio de Salud. Guía Clínica VIF, documento borrador. Gobierno de Chile. Santiago.

MINSAL (2008 b). Ministerio de Salud. Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2007. Departamento de Epidemiología. Gobierno de Chile. Santiago.

MINSAL/CONASIDA (2000) Estudio Nacional de comportamiento sexual. Síntesis de información seleccionada. Agence Nationale de Recherches Sur le SIDA, Francia. Santiago de Chile.

MINSAL/FLACSO (2006) Puertas adentro. Mujeres, Vulnerabilidades y riesgos frente al VIH/SIDA. Santiago de Chile.

MINSAL/ONUSIDA (2008) Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. CHILE Enero 2006-Diciembre 2007. Santiago de Chile.

MINSAL/UNICEF (2008) Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en las mujeres embarazadas de Chile. Gobierno de Chile - UNICEF. Santiago de Chile.

Observatorio de Equidad de Género en Salud (2006). Respuestas Efectivas en Violencia de Género: Materias pendientes. Santiago, Chile.

Observatorio de Equidad de Género en Salud (2009). Informe 2007-2008. Santiago, Chile.

OPS/OMS. (2006) Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua. Unidad Género, Etnia y Salud. Unidad Infección por VIH. Washington, D.C.

Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual (2008). Convocatoria ¡Cuidado! El machismo mata. Santiago de Chile.

SERNAM (2000). Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 2000-2010. Santiago, Chile.

SERNAM (2002). Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar. Gobierno de Chile. Santiago.

SERNAM (2008) Orientaciones técnicas del modelo de intervención de los centros de la mujer. Gobierno de Chile. Santiago.

SERNAM. (s/fecha) Anexo 3 Orientaciones Técnicas Casas de Acogida. Gobierno de Chile. Santiago.

Vidal y Donoso (2002) "Diagnóstico de Situaciones de Discriminación que Afectan a Personas Viviendo con VIH/SIDA. Resultados preliminares" VIVO POSITIVO, Universidad de Santiago, WORLD AIDS Foundation, Santiago (documento inédito). Citado por: Vidal y Donoso (2002). Estrategias de Empoderamiento y Prevención del VIH/SIDA en Parejas de Trabajadores Marítimos Portuarios, Universidad ARCIS, FLACSO y VIVO POSITIVO, Chile.

Vidal, Francisco; Carrasco, Marina y Pascal, Rodrigo (2004). Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos?. FLACSO-Chile, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, Santiago.

Recursos electrónicos:

SERNAM (2008) Femicidios. Disponible en: http://www.sernam.cl/portal/index.php/femicidios-2008

http://www.sernam.cl/portal/index.php/femicidios2009

VIH/SIDA+VIOLENCIA

Dos caras de una misma realidad

Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR

Fundación Educación Popular en Salud - EPES (Chile)
Gral. Köerner 38, P 30 Gran Avenida, El Bosque. Casilla100,
Correo 14, La Cisterna, Santiago, Chile.
Tel.: (56-2) 54 87 617, Fax: (56-2) 54 86 021
Email: epes@entelchile.net
http://www.epes.cl/

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer - FEIM (Argentina)
Paraná 135, piso 3, dto. 13 (C1017AAC)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: (+54-11) 4372-2763
E-mail: feim@feim.org.ar
http://www.feim.org.ar/

Soropositividade, Comunicação e Gênero - GESTOS (Brasil)
Rua dos Médicis, 68, Boa Vista. CEP 50070-290, Recife - PE - Brasil
Tel.: +55 81 34217670 Fax +55 81 32313880
Email: contato@gestospe.org.br

Mujer y Salud en Uruguay - MYSU (Uruguay)
Salto 1267, (CP1200) Montevideo, Uruguay.
Tel./Fax: (598) (02) 4103981/4104619
E-mail: mysu@mysu.org.uy

Con el apoyo de:

http://doscarasdeunamiosmamirada.blogspot.com/