

ESTRATEGIAS DE EMPODERAMIENTO Y PREVENCION DEL VIH/SIDA EN PAREJAS DE TRABAJADORES MARITIMO PORTUARIOS

**Francisco Vidal
Carla Donoso**

Estrategias de empoderamiento y prevención del VIH/SIDA en parejas de trabajadores de Marítimo Portuarios

Las opiniones que se presentan en este trabajo, así como los análisis e interpretaciones que en él se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de FLACSO ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados.

Este proyecto contó con el apoyo financiero del Grupo Latinoamericano de Trabajo en Mujer y SIDA (GLAMS) y el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Su ejecución se realizó de manera conjunta entre la Corporación Ayun, la Universidad ARCIS y VIVO POSITIVO.

Ninguna parte de este libro/documento, incluido el diseño de portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna ni por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin autorización de FLACSO.

612.6 Vidal, Francisco; Donoso, Carla
V649 Universidad ARCIS; FLACSO-Chile; VIVO POSITIVO
 Estrategias de empoderamiento y prevención del
 VIH/SIDA en parejas de trabajadores marítimo
 portuarios
 Santiago, Chile: FLACSO-Chile, 2002.
 66 p. Nueva Serie FLACSO
 ISBN: 956-205-170-6

**COMPORTAMIENTO SEXUAL / SIDA / SEXUALIDAD /
MUJERES / ENCUESTA / IDENTIDAD FEMENINA / CHILE /**

Inscripción N° 127.597. Prohibida su reproducción.

© 2002, FLACSO-Chile.

Av. Dag Hammarskjöld 326, Vitacura.

Teléfonos: (562) 290 0200 Fax: (562) 290 0263

Casilla Electrónica: flacso@flacso.cl

FLACSO-Chile en Internet: <http://www.flacso.cl>

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile

Diseño de portada: A•Dos Diseñadores

Impresión: LOM Ediciones

INDICE

Presentación	
<i>Teresa Valdés</i>	5
Estrategias de empoderamiento y prevención del VIH/SIDA en parejas de trabajadores marítimo portuarios	
<i>Francisco Vidal</i> <i>Carla Donoso</i>	
I	Introducción
II	Marco Teórico
III	Metodología
IV	Resultados
V	Conclusiones
VI	Bibliografía
VII	Anexos

PRESENTACION

Con gran agrado presentamos este libro en el marco de las publicaciones del Area de Estudios de Género de FLACSO-Chile. Se trata de los resultados de un proceso de investigación-acción que aborda un tema de gran relevancia en la actualidad, como es la prevención del VIH/SIDA en mujeres. El trabajo fue desarrollado por un equipo encabezado por Francisco Javier Vidal, sociólogo y Carla Donoso, antropóloga, en el marco de una colaboración entre la Corporación Ayun, la Universidad ARCIS y VIVO POSITIVO, en el puerto de San Antonio.

El crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA entre las mujeres heterosexuales se relaciona estrechamente con nuestro orden cultural de género, que construye lo masculino y lo femenino de un modo particular, al tiempo que define relaciones de poder entre hombres y mujeres, caracterizadas por la subordinación de éstas a los varones. Es éste el que pone a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad por el sólo hecho de ser mujeres.

Si bien las mujeres viven hoy día su sexualidad en un contexto de grandes cambios, ésta corresponde a una representación e interpretación de funciones naturales que son vividas en el marco de relaciones sociales jerárquicas, que expresan formas históricas de poder y desigualdad. El cuerpo de la mujer y su capacidad de brindar placer ha sido de control, si bien la sexualidad se da en el marco de una interacción que genera condiciones en que es posible la negociación, la resistencia y/o la aceptación.

Es en este espacio que los autores situaron su investigación-acción, asumiendo la necesidad de generar herramientas que aumenten el poder de las mujeres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. A ello refiere el empoderamiento, entendido como un proceso en el cual la mujer adquiere la capacidad de controlar su vida sexual y reproductiva. En términos muy concretos significa que no entren en relaciones sexuales sin su voluntad; que sean capaces de negociar prácticas sexuales placenteras tanto para ellas como para su pareja; y conseguir que los hombres practiquen el sexo seguro.

Sin embargo, la habilidad de la mujer para negociar depende de una serie de situaciones a las que está sujeta, como son las presiones del hombre con quien se encuentra, los significados y la importancia que ella misma le atribuye a las necesidades y comportamientos sexuales de los hombres. Así, las presiones subjetivas que se autoimponen tienen su base en la forma en que ellas han aprendido a ser mujer y a valorar y experimentar su sexualidad. Las presiones de los hombres, en tanto, están apoyadas en la legitimidad general que tiene la dominación masculina en la sociedad y en el predominio de sus deseos como necesidades sexuales, que pueden expresarse desde suaves insistencias para dar curso a sus requerimientos hasta la violencia física y la violación, pasando por una serie de formas intermedias.

Investigar y desarrollar metodologías para el empoderamiento de las mujeres reviste entonces, una altísima prioridad, no sólo por su condición de sujeto de derechos, sino frente a las consecuencias que su propia vulnerabilidad les puede traer. Sin embargo, y los autores así lo expresan, el empoderamiento es un proceso nunca totalmente logrado, que se juega en cada encuentro sexual, en los cuales se ponen en juego las situaciones antes expuestas y la vulnerabilidad de la mujer.

Valoramos este esfuerzo y sus aportes y por ello hemos decidido incluir este texto entre nuestras publicaciones, asegurando así que sus resultados sean conocidos por un amplio público lector, tanto de académicos como de profesionales interesados en este tema.

Teresa Valdés
Coordinadora
Área de Estudios de Género
FLACSO-Chile

ESTRATEGIAS DE EMPODERAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN PAREJAS DE TRABAJADORES MARITIMO PORTUARIOS

Francisco Vidal*
Carla Donoso**

I. INTRODUCCION

Uno de los grandes desafíos que plantea la epidemia del VIH/SIDA tiene que ver con la implementación de estrategias preventivas efectivas que impidan su creciente propagación. Sin embargo, la adopción de medidas de prevención tropieza con múltiples obstáculos ya sea de orden político, económico, social o cultural. Considerando la tendencia hacia la feminización de la epidemia en Chile y las dificultades que manifiestan las mujeres para negociar prácticas de sexo seguro, quisimos trabajar la prevención del VIH/SIDA en parejas de trabajadores portuarios de San Antonio, V Región. El interés en trabajar con este grupo de población dice relación, en primer término, con la constatación de que la V Región concentra el 16,1% del total de casos de mujeres afectadas por el VIH a nivel nacional¹. Además, la región presenta bajas tasas de crecimiento e inversión, teniendo una de las cifras de desempleo más altas del país (10,5%), lo que la ubica por sobre el promedio nacional, de 8,3%². Para las mujeres, el desempleo en la región presenta una media del 9,6%, en comparación con el 7,7% de desempleo en varones, lo que podemos vincular con la relación entre vulnerabilidad de la mujer al VIH, dependencia económica y dificultades para negociar la prevención al interior de la pareja. Por otra parte, el mundo portuario resulta un sector bastante particular en términos de aplicación de estrategias preventivas,

* Magister en Sociología

** Licenciada en Antropología Social

¹ Este porcentaje se obtuvo a través de la suma de los casos de mujeres vivas o fallecidas por VIH en las 32 comunas de la V región. Esta sumatoria se contrastó con los totales nacionales de mujeres vivas y fallecidas a causa de la pandemia, según datos entregados por la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA).

² Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2002 (www.ine.cl).

ya que la naturaleza del trabajo realizado por los hombres en el puerto muchas veces implica reiteradas y prolongadas separaciones físicas de sus parejas estables. Esta situación nos motivó a reflexionar acerca de las conductas y prácticas sexuales de los trabajadores portuarios, tanto con sus parejas estables, como con las eventuales relaciones que pudiesen tener durante los períodos de separación.

En trabajos anteriores realizados en la V región, específicamente en Valparaíso, constatamos la legitimidad social y cultural de que gozan los deslices ocasionales de los trabajadores portuarios, ya sea con trabajadoras sexuales o travestis. Por otro lado, las parejas de estos trabajadores manifestaron dificultades para conversar de sexualidad y, sobre todo, para negociar prácticas de sexo seguro. Esto tendría que ver con que hablar de prevención al interior de la pareja implicaría aceptar la existencia de relaciones extramaritales, cosa que los trabajadores portuarios parecen no estar dispuestos a hacer³.

En este contexto, el presente proyecto de investigación acción pretendió entregar herramientas que permitieran promover el empoderamiento y la prevención del VIH/SIDA en parejas de trabajadores marítimo portuarios de la Comuna de San Antonio. Para ello se realizó un diagnóstico cuantitativo y cualitativo de diversos aspectos relacionados con la vida sexual de las mujeres de los trabajadores portuarios para, posteriormente, diseñar una intervención educativa orientada a favorecer la comunicación sobre sexualidad al interior de la pareja y la adopción de medidas tendientes a disminuir la vulnerabilidad frente al VIH en este grupo de mujeres. Así, una tercera etapa tuvo que ver con la implementación de un programa educativo sobre sexualidad y VIH/SIDA diseñado a partir de la información entregada por el diagnóstico realizado.

En el primer apartado de este informe se expone el marco teórico en que se contextualiza el estudio, donde se entrega una panorámica epidemiológica del VIH/SIDA en la región y se discute sobre la sexualidad de la mujer y de su vulnerabilidad respecto del VIH. Posteriormente se analizan temáticas vinculadas con el empoderamiento, tratando de fundamentar que la capacidad de negociación sexual que tengan las mujeres dependerá del grado de empoderamiento social, económico, político y cultural que hayan alcanzado en una sociedad dada. En este contexto, la democratización de las relaciones de género en todos

³ Vidal, Donoso y Ahumada, 2000.

los ámbitos de la vida social aparece como un requisito indispensable para una estrategia integral de prevención del VIH/SIDA.

En la segunda parte del informe se describen los aspectos metodológicos del trabajo. Para ello se realiza una caracterización de los grupos de mujeres con los cuales se trabajó y se especifican los tipos de instrumentos que fueron utilizados en la recolección de datos. La tercera parte, en tanto, tiene que ver con los resultados obtenidos del análisis cuantitativo y cualitativo de la información recogida. Finalmente se exponen las conclusiones que podemos desprender de la investigación acción realizada. El detalle acerca del contenido, objetivos y responsables de las intervenciones educativas se incluyen en el anexo 5.

Sin el ánimo de entrar en el detalle de las conclusiones, quisiéramos comentar algunos aspectos más subjetivos del trabajo de talleres. Pensamos que si nuestra intervención preventiva tuviese que ser evaluada en términos de lograr que las mujeres incorporen el preservativo dentro de su relación de pareja, evidentemente obtendríamos mala calificación. Estamos convencidos que el trabajo de talleres permitió sensibilizar a las mujeres sobre el tema del VIH/SIDA y que instaló la problemática de la sexualidad en el diálogo que las mujeres establecen con sus parejas, pero no creemos que hayamos incidido en la incorporación del preservativo dentro de la relación sexual que se mantiene al interior de la pareja estable. A pesar de ello, creemos que las mujeres van a insistir, directa o indirectamente, en la necesidad de que "los hombres" con pareja estable utilicen condones en el contexto de un encuentro sexual ocasional. Por otra parte, creemos que la educación sexual que las madres entregaban a sus hijos/as no va a ser la misma antes y después de los talleres. El interés que las mujeres demostraron en obtener conocimientos para transmitírselos de manera adecuada a sus hijos/as, nos permite asegurar que la calidad de la formación en materias de sexualidad que recibirán estos niños y niñas será superior a la que hubiesen podido acceder con anterioridad a la intervención realizada.

Una de las mayores dificultades que tuvimos en la realización de este estudio fue poder ingresar al mundo portuario, donde, en general, se ve con cierta desconfianza este tipo de iniciativas. Sin embargo, con el paso del tiempo, fuimos estableciendo las confianzas que nos permitieron realizar un trabajo en un clima de cordialidad, afectividad y respeto. Cabe señalar que la intervención del investigador responsable de este estudio en el trabajo en terreno no constituyó -como

pensamos en un primer momento- un elemento que produjera inhibiciones y/o se tradujera en una falta de libertad para conversar sobre sexualidad con las mujeres. Por el contrario, nos dimos cuenta que la presencia masculina representaba algo distinto y novedoso para las participantes, siendo esto una especie de "enganche" con el grupo. Debido a ello, decidimos que fuera un varón quien condujera los focus groups de sexualidad. Aún cuando en un primer momento se produjo una cierta tensión, transcurridos los primeros minutos se alcanzó un clima de libertad, relajo y confianza para conversar sobre temas íntimos. Este hecho fue destacado por las mujeres pertenecientes a los dos grupos con los cuales trabajamos.

II. MARCO TEORICO

1. Características de la Epidemia en Chile

Desde la aparición del primer caso de SIDA en 1981⁴ hasta diciembre de 2000, han fallecido 21,8 millones de personas en el mundo por causas relacionadas con la epidemia. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, a fines de 2000, existían 36,1 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, de las cuales 16,4 millones correspondían a mujeres⁵. En Chile, el primer caso de SIDA fue diagnosticado en el año 1984, mientras que la primera mujer lo fue al año siguiente⁶. De este modo, en Chile, las mujeres se ven afectadas por la epidemia desde el comienzo, lo que marca una diferencia con otros países, donde, en las etapas iniciales, los grupos más afectados por el VIH fueron principalmente hombres homo/bisexuales⁷. Esto habría incidido en una menor visibilización de la mujer con relación a las estrategias de prevención implementadas en tales países. Por ejemplo, Anderson destaca que el cáncer cervical fue tardíamente reconocido por la comunidad científica como síntoma de SIDA propio de las mujeres, lo cual habría producido que el diagnóstico se realizara en etapas muy avanzadas de la enfermedad y que, por lo tanto, las mujeres no pudieran beneficiarse de las ventajas de un tratamiento temprano⁸.

De acuerdo a las cifras que maneja la Comisión Nacional del SIDA, a diciembre de 2000, se han notificado 4.085 enfermos y 4.640 personas asintomáticas en nuestro país⁹. De igual modo, se han producido 2.705 defunciones a causa del

⁴ El 5 de junio de 1981, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) reportó cinco casos de neumonía grave entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en Los Ángeles. La particularidad de estos casos era que los cinco pacientes eran homosexuales jóvenes y su neumonía se atribuyó al *pneumocystis carinii* (Grmek, 1992)

⁵ ONUSIDA, 2001.

⁶ CONASIDA, 1995.

⁷ Palma, 1994.

⁸ Anderson, 1998.

⁹ CONASIDA, 2001. De acuerdo a CONASIDA, en nuestro país la tipología de la epidemia es: localización urbana y rural, predominio en hombres homo/bisexuales, tendencia a la feminización, tendencia a la heterosexualización, pauperización en mujeres y hombres y un diagnóstico mayoritario en edad adulta.

VIH/SIDA a la misma fecha. Ello da un total de 11.430 personas afectadas por el VIH/SIDA, incluyendo quienes están con vida y quienes han fallecido por la enfermedad. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile alcanza a 30,2 por 100.000 habitantes y los principales grupos de edad afectados se encuentran en el tramo comprendido entre los 20 y 49 años, concentrando el 84,9% de los casos. Desde un punto de vista geográfico, las tasas de incidencia acumulada más elevadas corresponden a las siguientes regiones: Región Metropolitana (51,9), V Región (37,5), I Región (28,4) y II Región (24). La principal categoría de exposición sigue siendo la sexual, con un 93,5% de los casos.

La distribución por sexo muestra que los hombres representan el 89,2% de los casos de personas viviendo con VIH/SIDA, mientras que las mujeres el 10,8%. No obstante, las estadísticas muestran un crecimiento mayor de los casos de SIDA en mujeres en comparación con hombres, incluyendo todas las categorías de exposición. La razón hombre: mujer muestra una tendencia hacia la disminución, es decir, "la brecha entre ambos sexos se acorta, indicando un incremento mayor de casos de SIDA en mujeres. La diferencia entre el periodo 90-92 y 96-98 alcanza una significación estadística ($p=0,00003$), apoyando el diagnóstico de feminización de la epidemia"¹⁰. En concordancia con ello, se observa un crecimiento relativo mayor de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres, comparados con los transmitidos por relaciones sexuales entre hombres. "La tendencia de la distribución de casos en mujeres que declararon exposición heterosexual en comparación a hombres que adquirieron la infección por vía homo/bisexual, muestra un aumento de las primeras, aumento que tiene una fuerte significación estadística al comparar el periodo 90-92 versus 96-98. Lo anterior indica por primera vez en nuestro país una heterosexualización de la epidemia"¹¹.

Al analizar las características de las mujeres afectadas por el VIH encontramos que se han producido algunos cambios con el transcurso del tiempo, los cuales tienen que ver tanto con el nivel de escolaridad como con el tipo de ocupación de las mujeres. Al analizar la variable escolaridad se observa que aumenta la declaración de escolaridad básica de 31% a 51% y disminuye la declaración de escolaridad media de 54% a 36%, lo que indica que la epidemia está afectando principalmente a las mujeres que tienen bajos niveles de escolaridad. El análisis

¹⁰ CONASIDA, 2001.

¹¹ CONASIDA, 2001.

de la variable ocupacional es concordante con la de escolaridad, ya que la categoría profesional disminuye de manera estadísticamente significativa ($p=0,05$), mientras que la categoría de operaria aumenta de 23% a 41%, diferencia también significativa ($p=0,04$). El mayor número de mujeres viviendo con VIH/SIDA corresponde a dueñas de casa, con un 51% de los casos. El análisis de estos dos parámetros muestra una clara tendencia hacia la pauperización de la pandemia entre las mujeres¹². En concordancia con estos datos sobre la progresión de la transmisión, Raquel Child señala que el sector en que más crece la epidemia en Chile es en el de las mujeres heterosexuales, que, en su mayoría, son dueñas de casa y/o mujeres con educación básica¹³. Esta consideración es avalada por algunos estudios empíricos realizados en América Latina, donde se concluye que "entre las mujeres afectadas, la relación heterosexual consentida, sin protección, con una pareja en la que existe una relación afectiva, es el modo más frecuente de transmisión del VIH"¹⁴. De este modo, siguiendo a Child, la epidemia afecta principalmente a quienes tienen dificultades para tomar decisiones en forma autónoma y a quienes viven en el desconocimiento.

En el caso de las mujeres chilenas, entonces, el problema no sería sólo la falta de información, sino una mezcla de falta de conciencia de riesgo y de ausencia de herramientas para tratar el tema al interior de la pareja. Ello también se evidencia en un estudio sobre sexualidad realizado en nuestro país, donde se encontró que las mujeres con pareja estable tienen muchas dificultades para hablar de sexualidad con sus compañeros, particularmente los temas referidos a las cosas que les disgustan y a aquellas que les agradan en el terreno sexual¹⁵. No obstante, las desigualdades de género entre hombres y mujeres no sólo se circunscriben al ámbito de las conversaciones sobre sexualidad, sino que también incluyen las pocas posibilidades reales que tienen las mujeres para negociar técnicas de sexo más seguro, como profundizaremos más adelante. Esto amerita, a nuestro juicio, la implementación de estrategias de prevención dirigidas específicamente a la mujer, ya que la falta de conciencia de riesgo también parece tener relación con que la situación de pareja de las mujeres se ajustaba a la estrategia preventiva de la pareja estable ampliamente difundida¹⁶.

¹² CONASIDA, 1999.

¹³ Entrevista publicada en el Diario *La Época* 5 de enero de 1998.

¹⁴ Villela, 1998: 12.

¹⁵ Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996.

¹⁶ Esta necesidad también ha sido destacada por las organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA. Ver Orellana, 2001.

A nuestro modo de ver, en el caso de las mujeres chilenas, la transmisión del VIH se encuentra íntimamente vinculada con las desigualdades de género, con la falta de empoderamiento y con la mayor vulnerabilidad de la mujer respecto del VIH, tema que será tratado en el siguiente punto.

2. Vulnerabilidad, Género y VIH/SIDA

Las transformaciones que se han producido durante los últimos años en nuestro país en el campo económico-social no han ido acompañadas de un proceso similar en el ámbito de la cultura o en el ámbito de lo privado. Esta situación ha generado una compleja contradicción entre un discurso altamente liberal y desregulador en el plano económico y un discurso moralizador y represor en el de las conductas privadas. Esta contradicción ya ha sido destacada por Weeks, quien observa la existencia de un discurso político hegemónico que circunscribe la libertad de elección al mercado pero que no la extiende al campo de la sexualidad, donde no existiría libertad para decidir sobre la iniciación sexual ni para escoger las parejas sexuales¹⁷. De este modo, se aprecia un distanciamiento entre los cambios económico-sociales y los estereotipos sexuales y de pareja que subsisten en el mundo privado¹⁸. Este distanciamiento puede ser explicado porque las transformaciones producidas por la modernidad adquieren suma complejidad en las sociedades latinoamericanas, por cuanto en estas sociedades la modernización no constituye un proceso acabado ni homogéneamente distribuido¹⁹. La vertical implantación en América Latina del modelo modernizador, característico de las sociedades más industrializadas, parece ser vivenciado de manera contradictoria por las personas, apareciendo conductas apáticas y desarraigadas propias del postmodernismo europeo. En el caso de la sexualidad, esta contradicción se expresa en la coexistencia de conductas machistas y conservadoras con propuestas de apertura y equidad en cuanto al ejercicio de la sexualidad²⁰.

¹⁷ Weeks, 1995.

¹⁸ CONASIDA, 1998.

¹⁹ Gysling, Benavente y Olavarría, 1997. Para un análisis de las contradicciones de la modernidad en América Latina, ver Brunner, 1986.

²⁰ En relación al tema del SIDA, Pollak destaca que las conductas conservadoras han promovido la adopción de políticas públicas restrictivas para las personas viviendo con VIH/SIDA, tales como la prueba obligatoria del VIH, las restricciones migratorias, y las limitaciones en el acceso a la salud y a la maternidad (Pollak, 1992)

Uno de los movimientos sociales que, evidentemente, más ha influido en la producción de cambios a nivel de la sexualidad ha sido el movimiento de las mujeres, quienes a partir de la aparición de los anticonceptivos han demandado el derecho a obtener placer en sus relaciones sexuales y a participar en la toma de decisiones en materias de sexualidad²¹. Desde lo académico, el movimiento de mujeres ha incorporado el concepto de género para explicar que las diferencias entre hombres y mujeres tienen su raíz en la cultura, específicamente en el particular proceso de socialización al cual han sido sometidos los sexos, y no en diferencias "naturales" entre ambos²². Así, el género se entiende como la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que halla expresión en lo simbólico, en los conceptos normativos, en las nociones políticas y en la identidad subjetiva de las personas²³.

Desde esta perspectiva, en esta investigación entenderemos la relación entre mujer y SIDA a partir de la conjunción de factores individuales, sociales, culturales, económicos y políticos que explican la mayor probabilidad de contraer el VIH/SIDA por parte de las mujeres. Esta mayor vulnerabilidad de la mujer con respecto a la adquisición de la pandemia tendría que ver, según Villela, con tres ámbitos interrelacionados:

- * El comportamiento individual, que se deriva de las informaciones sobre la transmisión del VIH y de las formas de prevenirla
- * El contexto social, relacionado con el acceso de las personas a condiciones capaces de reducir su vulnerabilidad
- * El contexto político, que define la prioridad dada al combate contra el VIH en una región o país, promoviendo contextos favorables a la prevención²⁴.

En nuestro país, una expresión de la vulnerabilidad lo constituye el sometimiento de la mujer al hombre, el que se manifiesta en aspectos tales como la baja autoestima, el machismo recreado por las madres al interior de la familia, la dependencia económica, la falta de comunicación y una visión reprimida de la sexualidad al interior de la pareja²⁵. De este modo, la subordinación social, eco-

²¹ Giddens, 1995.

²² Montecino y Donoso (2000) aclaran que el concepto de sexo alude a los rasgos fisiológicos y biológicos de ser macho o hembra, mientras que la noción de género tiene que ver con la construcción social de las diferencias sexuales (lo femenino y lo masculino).

²³ Scott, 1982.

²⁴ Villela, 1998: 13.

²⁵ CONASIDA, 1998.

nómica y sexual en que viven las mujeres en Chile contribuye a su vulnerabilidad frente a la infección del VIH, ya que obstaculiza la toma de decisiones por parte de las mujeres y la posibilidad de prevenir al interior de la pareja²⁶. De hecho, algunos estudios sobre prevención en mujeres heterosexuales con pareja estable demuestran que, a pesar de percibirse en riesgo, las mujeres prefieren aceptar los requerimientos sexuales de sus parejas para evitar conflictos y/o agresiones físicas por parte éstos²⁷. Además, la subordinación sexual en que se encuentran las mujeres se cruza con la violencia física en los casos que ésta no quiera tener relaciones sexuales²⁸. Como muchas de estas relaciones sexuales son en contra de su voluntad es muy difícil que una mujer pueda optar por prevenir el SIDA, ya que se ve imposibilitada de negociar su sexualidad.

La vulnerabilidad de la mujer respecto del VIH/SIDA es, además, biológica, ya que las características fisiológicas de los genitales femeninos -con una mayor superficie expuesta y con posibles laceraciones durante el acto sexual- facilitan la entrada del VIH al organismo. La transmisión del VIH de hombre a mujer es de dos a cuatro veces más eficiente que de mujer a hombre²⁹. Por otro lado, la presencia de enfermedades de transmisión sexual no detectadas aumenta el riesgo de infección por VIH. Padecer una enfermedad de transmisión sexual, según los estudios, aumenta entre tres y cinco veces más la probabilidad de adquirir el VIH³⁰. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Población, las mujeres sufren de enfermedades de transmisión sexual en cantidades cinco veces superiores a los hombres.

La vulnerabilidad de la mujer respecto del VIH también tiene que ver con consideraciones de índole machistas y conservadoras en materias de sexualidad. Por ejemplo, en nuestro país, todavía existe la idea que la mujer debe ser fiel y asexuada, mientras que el hombre tiene que ser infiel, polígamo y con gran experiencia en materia sexual³¹. Un estudio realizado en jóvenes universitarios/as mostró que los hombres tienden a tener un mayor número de parejas sexuales que las mujeres. "De las veinte mujeres entrevistadas, nueve de ellas habían tenido sexo con un solo hombre. En tanto sólo tres hombres de los

²⁶ CONASIDA, 1995.

²⁷ Castillo y Castillo, 1994.

²⁸ Al respecto, ver Larraín, 1994

²⁹ Gómez, 1998.

³⁰ Fondo de Naciones Unidas para Asuntos de Población (FNUAP), 1997.

³¹ Gissi, 1989.

diecisiete entrevistados había tenido sólo una pareja sexual"³². Además, las mujeres tienen problemas para expresar su erotismo con sus parejas, puesto que "reconocen que esta manifestación les genera ciertos temores respecto de ser evaluadas como "ninfómanas" o "muy calientes"³³. Incluso, en ocasiones, las mujeres tienden a ocultar su erotismo para salvaguardar la supremacía del otro en ese ámbito.

Los estudios realizados en torno al tema de la sexualidad femenina han encontrado que las mujeres no conceptualizan la sexualidad como una dimensión inherente al ser mujer, sino más bien como que la mujer es por otro³⁴. En este sentido, el encuentro sexual estaría mediatizado por el amor, por lo que no habría conciencia de una necesidad sexual dentro de las mujeres. Estos hallazgos son concordantes con los resultados de otros estudios que señalan que el amor es visto como algo que "blanquea" prácticas ilegales. "De alguna manera, la afectividad es el motivo que todo lo explica, sumergiendo la sexualidad de la mujer en un envoltorio de legitimidad"³⁵. Es interesante destacar que un estudio realizado con 16 mujeres que viven con VIH/SIDA concluye que en la adquisición del virus influye "una sexualidad reprimida, limitada, oculta y sentimentalizada, es decir, sin afecto no hay sexo, con afecto sí, aunque ello signifique poner en riesgo la vida"³⁶. Ello es concordante con otros estudios realizados en América Latina, donde se demuestra que el amor, la confianza y el temor a perder a la pareja hacen que la mujer prefiera exponerse al riesgo que tomar medidas preventivas³⁷.

La falta de acceso a la educación y, en particular, a una educación sexual adecuada, constituye otra forma de vulnerabilidad que afectaría tanto a hombres como a mujeres³⁸. El objetivo de una educación sexual adecuada debería ser que "cada hombre o mujer pueda realizar el proceso de construcción de su identidad individual y se asuma como tal, es decir, como un ser sexuado con

³² Gysling, Benavente y Olavarría, 1997: 20.

³³ Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996: 78.

³⁴ Artigas y Ruiz, 1998.

³⁵ Gysling, Benavente y Olavarría, 1997: 28.

³⁶ González, 1999: 84.

³⁷ Feliciano, Serrano y Badillo, 1998.

³⁸ No obstante ello, el acceso de las mujeres a la educación es menor que el de los hombres, existiendo en el mundo 600 millones de mujeres analfabetas contra los 320 millones de hombres (FNUAP, 1997).

características propias y únicas"³⁹. Sin embargo, los programas de educación sexual implementados en Chile -como las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS)⁴⁰- han sido fuertemente resistidos tanto por sectores políticos como religiosos. Por ejemplo, la Diputada María Angélica Cristi acusó al Estado de "transgredir los principios y valores morales a la hora de diseñar programas para la formación de niños y adolescentes como son las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad" y, el entonces Obispo de Valparaíso, Jorge Medina declaró que "se está rebajando el sexo a un nivel como no lo conocen los animales y los animales no tienen "chipe libre" en materia sexual"⁴¹. Esta convergencia entre las miradas de la derecha política y de la Iglesia Católica en materias de sexualidad -que ya ha sido destacada en diversos estudios⁴²- se convierte en un importante obstáculo para la difusión e implementación de estrategias de prevención del VIH/SIDA.

Los resultados de un estudio sobre sexualidad realizado a una muestra de más de mil santiaguinos/as representan un fiel reflejo de la falta de una educación sexual apropiada en nuestro país. "Lo dicho por los profesores era muy general y poco específico. Un ejemplo de ello son las siguientes declaraciones: "... cosas muy vagas, casi no recuerdo", "... en una escuela industrial es poco lo que te pueden dar en ese aspecto, tuvimos una charla sobre enfermedades, pero no me acuerdo"⁴³. La inexistencia de educación sexual en Chile también queda de manifiesto cuando consideramos que, cada año, cerca de 40.000 niñas se convierten en madres, con variaciones que van desde 40 por mil en la XII región a más de 95 por mil en la III región⁴⁴. En otros casos, el sistema educacional no sólo se ha desentendido de entregar información correcta a los y las jóvenes acerca de la sexualidad, sino que además, como demuestra Olavarría, se ha encargado de transmitir un mensaje censor y represor de la sexualidad. "Entre los varones populares, el colegio ni siquiera mencionó la genitalidad. Para los varones de sectores medios altos que estudiaron en colegios católicos, la

³⁹ Valenzuela, 1996: 41.

⁴⁰ Las JOCAS son una estrategia educativa «cuya finalidad es satisfacer las necesidades de aprendizaje en educación sexual tanto de los/as alumnos/as como de los padres y profesores. Supone a la vez, la participación activa de los agentes educativos de la comunidad» (Ministerio de Educación; Programa de la Mujer, 1996: 6).

⁴¹ *La Tercera*, 10 de Septiembre de 1996: 3 – 4.

⁴² Al respecto, ver Weeks, 1995; Rajevic, 2000; Vidal 2001.

⁴³ Kleincsek, Aravena, Oróstegui y Unger, 1996: 96.

⁴⁴ Ver CORSAPS, SERNAM, 1994:7.

sexualidad, el goce y el placer -fuese el autoerotismo (la masturbación) o las relaciones sexuales prematrimoniales- eran pecaminosos. El que se masturbaba debía ir al confesionario, ofendían a Dios y a su cuerpo"⁴⁵.

Las múltiples barreras -económicas, culturales, sociales o emocionales- para implementar el preservativo en sus relaciones sexuales, contribuye también a aumentar la vulnerabilidad de la mujer respecto de la adquisición del VIH/SIDA. El costo, la disponibilidad, la calidad y la capacidad de las mujeres para negociar el condón con sus parejas han mostrado ser importantes obstáculos que limitan la efectividad del preservativo como estrategia de prevención del VIH/SIDA. Al respecto, Palma señala que las personas tenemos una dificultad en ver al otro u otra como un otro/a peligroso/a, ya que esta noción no la tenemos incorporada en nuestros discursos sobre el sexo⁴⁶. El condón, en este contexto, aparece como símbolo de desconfianza y de sospecha que requiere ser justificado. Así, se requeriría justificar el uso del condón, ya sea en términos de sospecha por el otro o de hacerse uno sospechoso de algo ante el otro.

La mayor parte de los estudios sobre sexualidad realizados en nuestro país dejan en evidencia que el preservativo sigue siendo motivo de rechazo, principalmente por parte de los varones. Un estudio orientado a analizar las causas del embarazo adolescente encontró que un 58% de los entrevistados expresaba despreocupación frente a su participación en la prevención del embarazo y más de dos tercios manifestaba una actitud desfavorable hacia el uso del condón⁴⁷. Por otro lado, en una muestra de 3.222 jóvenes de distintas regiones del país, se constató que el 80,4% de los/as consultados/as cree que los preservativos hacen que el hombre pierda la erección⁴⁸. Una investigación cualitativa realizada en base a grupos focales encontró que a los/as entrevistados/as "la sola idea del condón les produce rechazo, ya sea porque lo consideran incómodo o porque lo perciben como un elemento extraño, sintético, asociado a la disminución del placer"⁴⁹. También resulta interesante destacar que un estudio sobre sexualidad en personas viviendo con VIH/SIDA mostró que las mujeres tienen mayores dificultades

⁴⁵ Olavarría, 2001: 44.

⁴⁶ Palma, 1996.

⁴⁷ Pavez, Luco, Guzmán y Echeverría, 1990. En estudios sobre sexualidad en personas seropositivas se encontró que un 28% usa el preservativo siempre, igual porcentaje lo hace casi siempre, 18% casi nunca y un 26% nunca (Vidal y Paradis, 1999)

⁴⁸ ADIMARK, FUNACS, 1997.

⁴⁹ Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996: 80.

que los hombres para reiniciar su vida sexual una vez que son informadas de su seropositividad. De acuerdo a los resultados de esta indagación, esta dificultad se relacionaría con que las mujeres dan por sentado que los hombres se negarán a tener relaciones sexuales con preservativo⁵⁰. Para finalizar, el estudio de comportamiento sexual realizado por CONASIDA mostró que el 31% de las personas pertenecientes a las generaciones que se iniciaron sexualmente entre 1990 y 1998 -es decir, que han tenido presente el SIDA en buena parte de sus vidas y que han estado sometidas a variadas intervenciones preventivas- no utilizaron el preservativo en su primera relación sexual⁵¹.

3. Negociación Sexual y Empoderamiento

Cuando existen diferencias dentro de una pareja en aspectos relacionados con la sexualidad o con el uso del condón, se hace necesario lo que algunos autores han denominado un "proceso de negociación sexual". Sharim y Silva entienden la negociación sexual como un proceso interactivo donde las personas involucradas, cuando se enfrentan a intereses distintos, llevan a cabo una serie de acuerdos destinados a obtener aquello que desean en esa relación⁵². La negociación sexual sería una alternativa a otras formas de resolver diferencias sexuales -como ceder o imponer- caracterizada por ser una resolución no violenta de la divergencia. El estudio de comportamiento sexual realizado en Chile muestra que los hombres reconocen en mayor grado que las mujeres una no coincidencia en el deseo sexual con la pareja⁵³. Al analizar la discordancia en el deseo sexual con las formas de resolución de las diferencias, el estudio encontró que quienes reconocieron discordancia en el deseo eran los que menos utilizaban formas de resolución que obstaculizaban la negociación, como "discutir" o "pelear". Las técnicas de resolución favorables a la negociación, como "hablar" o "seducir", fueron más frecuentes en las generaciones más jóvenes, por lo que las investigadoras consideran que "es posible pensar que la negociación sexual tiene una marca generacional. Son los hombres y mujeres mayores los que asumen comporta-

⁵⁰ Vidal y Donoso, 2002.

⁵¹ CONASIDA, 2000.

⁵² Sharim y Silva, 2000.

⁵³ Ello es coherente con que sean los hombres los que principalmente toman la iniciativa en materias de sexualidad, lo que les permitiría percibir en mayor grado esta discordancia. (CONASIDA, 2000)

mientos más rígidos en este ámbito. Esto confirma un desplazamiento hacia conductas de mayor flexibilidad en las generaciones más jóvenes, siendo incluso más marcadas en los hombres"⁵⁴.

En todo caso, para que sea posible la negociación, la mujer debe tener injerencia en el dónde, cuándo, cómo y con quién tiene un contacto sexual. En general, las investigaciones realizadas en torno a este tema demuestran que la mujer tiene poca participación en la negociación sexual, ya que "generalmente es el hombre el que define qué es lo que se hace en la relación sexual y les da las indicaciones sobre cómo tienen que comportarse, situación que no es cuestionada por ellas (las mujeres). Lo que estas jóvenes sí reconocen como objeto de negociación es el lugar donde se realiza el encuentro sexual"⁵⁵. Estas consideraciones nos conducen al concepto de empoderamiento, que tiene matices que van desde la elección individual hasta el desafío a la masculinidad. En relación a la sexualidad y a la reproducción, Valdés, Benavente y Gysling entienden el empoderamiento como "un proceso en el cual la mujer adquiere la capacidad de controlar su vida sexual y reproductiva. En términos muy concretos significa no entrar en relaciones sexuales fuera de su voluntad; ser capaz de negociar prácticas sexuales que sean placenteras tanto para las mujeres como para los hombres; y conseguir que los hombres practiquen sexo seguro"⁵⁶.

En sus orígenes, el concepto de empoderamiento se relaciona con los movimientos feministas del África, Asia y América, que plantean la idea que el desarrollo es un vehículo para el cambio en las relaciones de género en las sociedades del Tercer Mundo. El enfoque de empoderamiento asigna gran importancia a que las mujeres dispongan de mayor autonomía en la esfera de lo físico, de lo económico, de lo político y de lo sociocultural. Ello presupone una redistribución de poder entre las sociedades y al interior de cada una de ellas. En este contexto más en general, Montecino y Rebolledo definen el empoderamiento como "un proceso de adquisición de poder y de espacios de decisión hacia afuera, lo que implica la capacidad de tomar decisiones dentro de una sociedad democrática (aspectos políticos), y hacia adentro, desarrollando autoestima y capacidad de autoafirmación frente a los demás"⁵⁷.

⁵⁴ Sharim y Silva, 2000.

⁵⁵ Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996: 73.

⁵⁶ Valdés, Benavente y Gysling, 2000: 19.

⁵⁷ Montecino y Rebolledo, 1996.

III. METODOLOGIA

1. Mujeres Participantes

La población elegida para la realización del estudio estuvo constituida por tres grupos de mujeres -esposas o parejas- de trabajadores marítimo portuarios de San Antonio. Los tres grupos de mujeres se dedican fundamentalmente a actividades de encarnado, que consiste en poner las carnadas a los espineles (redes de anzuelos) que los pescadores utilizarán posteriormente en sus actividades extractivas. Los contactos que establecimos con estas mujeres se vieron facilitados por la intervención del Programa de Desarrollo Pesquero de la Ilustre Municipalidad de San Antonio.

Primer Grupo: Encarnadoras Organizadas: Este primer grupo estuvo formado por la "Rama Femenina" del Sindicato de Pescadores Artesanales Independientes de la Caleta San Pedro. Se trata de un grupo cohesionado, con lazos afectivos y, en algunos casos, unidas por vínculos de parentesco. Las edades de las mujeres oscilan entre los 35 y 60 años. Se trata también de un grupo cuyo mayor nivel sociocultural, organizacional y su visión política lo hacen tener características distintas de los otros grupos.

Segundo Grupo: Encarnadoras no Organizadas: El segundo grupo de mujeres estuvo constituido por encarnadoras que no están organizadas y que sólo ocupan un espacio físico compartido, el cual utilizan para realizar sus labores de encarnado. Entre las mujeres se observa escasa comunicación, hacen su trabajo y quien lo termina primero se va primero a casa. Sus edades varían entre 30 y 50 años.

*Tercer Grupo: Encarnadoras Rurales*⁵⁸: El tercer grupo de encarnadoras fueron aquellas que viven dentro de una misma población y que encarnan cada una en su casa. La motivación que tienen para organizarse es que esto constituye un requisito para postular a fondos concursables del Municipio de San Antonio.

⁵⁸ Con este grupo sólo se trabajó en la fase diagnóstica y no en el proceso de talleres. Ello se debió a que el número de participantes de las actividades educativas habría excedido las posibilidades de los/as investigadores/as.

Con la ayuda del Municipio y un aporte del Fondo Solidario del Gobierno "FOSIS" están construyéndose una sede al interior de su población. De este modo, el Sindicato Independiente de Encarnadoras "El Coral" es un grupo en formación, que le falta organización y cohesión, pero que comparten la visión que la organización constituye la única forma de obtener beneficios y de hacer escuchar sus demandas y reivindicaciones. Las edades de las mujeres oscilan entre los 18 y 60 años.

2. Instrumentos Aplicados

Para la realización del presente estudio se confeccionaron tres tipos de instrumentos: una encuesta, una pauta de focus group y una pauta de entrevista en profundidad.

2.1. La Encuesta

Para la construcción de la encuesta se realizó una extensa revisión bibliográfica de los instrumentos existentes en relación a las temáticas a ser medidas desde un punto de vista cuantitativo⁵⁹: conocimiento de transmisión y prevención del VIH/SIDA, actitudes hacia una posible transmisión, uso de medidas preventivas y locus de control. Producto de esta revisión se comenzó a elaborar la encuesta que iba a utilizarse para medir las variables señaladas. Varias tentativas de instrumento concluyeron en un cuestionario de 35 preguntas semi abiertas del tipo autoaplicado⁶⁰.

El instrumento fue discutido con algunos/as expertos/as en la materia producto de lo cual el instrumento quedó reducido a 29 preguntas. A fin de indagar la comprensibilidad de las preguntas contenidas en el instrumento, éste fue aplicado a un grupo de seis mujeres pobladoras. Una vez introducidas las últimas modificaciones de forma quedó terminada la versión final del instrumento (ver anexo 1). La aplicación del instrumento, que en un primer momento pensamos realizar masivamente, se efectuó de manera individual, ya que las mujeres evi-

⁵⁹ Bernal y otros, 1989; Kleincsek y otros, 1996; Vidal, 1995; Perkel, 1992; Dfaz, 1991; Rotter, 1966.

⁶⁰ Kerlinger, 1989.

denciaron dificultades para tratar temas relacionados con la sexualidad de manera tan abierta y pública.

Las personas que participaron en la aplicación de la encuesta fueron Carla Donoso, Marcia Jara y Mónica Velasco, quienes aplicaron el instrumento a 30 esposas o parejas de trabajadores marítimo portuarios de San Antonio, durante los meses de enero y marzo de 2000. Estas encuestas fueron aplicadas a los tres grupos de mujeres descritas con anterioridad: a la "Rama Femenina" del Sindicato de Pescadores Artesanales Independientes San Pedro, a encarnadoras no organizadas y a encarnadoras pertenecientes al Sindicato Independiente de Encarnadoras. Las encuestas se realizaron tanto en el lugar de trabajo como en la residencia de las mujeres.

2.2. La Pauta de Entrevista en Profundidad

La pauta de entrevista pretendía indagar sobre la vivencia subjetiva de las mujeres de su sexualidad, la comunicación al interior de la pareja, la percepción que tienen sobre el VIH/SIDA en términos de prevenir su posible adquisición y sobre los posibles contactos ocasionales de sus parejas en periodos de separación (ver anexo 2)⁶¹. La pauta de entrevista incluyó 16 aspectos y fue aplicada por la antropóloga social Carla Donoso y por la psicóloga Alba Serantes a 12 esposas y/o parejas de trabajadores portuarios, durante abril y mayo de 2000. Las características de los grupos fueron similares al caso anterior, es decir, encarnadoras organizadas, no organizadas y rurales en proceso de agrupación, y también se realizaron en un sitio cercano al trabajo de las mujeres o en su lugar de residencia.

2.3. La Pauta del Focus Group

Los focus groups, en tanto, apuntaban hacia la discusión, de un modo más general, de algunas temáticas vinculadas con las relaciones de género, los derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad y el VIH/SIDA. Sin embargo, aparecieron muchos otros temas en la conversación que no habíamos incluido, como la falta de privacidad para tener relaciones sexuales y las estrategias de evitación del encuentro sexual. La pauta de focus groups abarcó 13 aspectos (ver anexo 3), y fueron conducidos por el cientista social Francisco Vidal, inves-

⁶¹ Para ello se consultaron los siguientes textos: Taylor y Bogdan, 1996 y Briones, 1989.

El investigador responsable de este estudio. En total se realizaron cuatro focus groups, dos con las encarnadoras del Sindicato de Pescadores Artesanales y dos con el Sindicato de Encarnadoras "El Coral". Los cuatro focus groups se realizaron durante los meses de junio y julio de 2000, tuvieron una asistencia promedio de diez personas y se realizaron en la sede del Sindicato de Pescadores Artesanales, en un caso, y en la residencia de una de las mujeres, en el otro caso.

IV. RESULTADOS

1. Información Cuantitativa

1.1. Antecedentes Sociodemográficos

En relación con la edad de las mujeres encuestadas, la mayor parte de ellas tiene entre 30 y 39 años, las que sumadas con el segmento que va entre los 17 y 29, nos da un total del 63,6% del total (cuadro 1). De acuerdo a ello, la mayor parte del grupo estudiado se encuentra en edad sexualmente activa. El 66,6% está casada o convive con una pareja (cuadro 2).

En cuanto a su ocupación, el 46,6% es encarnadora, mientras que el 33,3% se dedica a actividades del hogar (cuadro 3). Sus parejas, en tanto, son principalmente pescadores en un 60%. Un 23,3% de ellos trabajan en otro tipo de actividades relacionadas con el mundo portuario (cuadro 4). Un alto porcentaje de las parejas de las mujeres encuestadas se ausenta por motivos laborales, alcanzando un 66,6% del total (cuadro 5).

En concordancia con la situación de pareja de las mujeres, todas tienen hijos/as (cuadro 6), sumando un total de 85, lo cual dividido por el número de mujeres da un promedio de 2,8 hijos/as por cada una de ellas. Respecto a la cantidad de personas que viven en cada hogar obtenemos un total de 178 personas que, dividido por el número de mujeres, nos da un promedio de 5,9 personas por cada hogar. Con relación a su escolaridad, un 26,6% no tiene completa la enseñanza básica mientras que un 16,6% sí la tiene (cuadro 7). Sólo un 20% de las mujeres encuestadas ha completado la educación media. Con respecto a su adscripción religiosa, un 86,6%, señalan profesar la religión católica (cuadro 8).

1.2. Sexualidad

La totalidad de las entrevistadas señala haber tenido relaciones sexuales sólo con una persona durante el último año, lo cual concuerda con su actual situación de pareja (cuadro 9). En cuanto al uso del condón, el 90% de las mujeres señala que no lo ha usado nunca, mientras que el porcentaje restante declara haberlo utilizado sólo a veces (cuadro 10). Ello es concordante con el hecho de que ninguna de las entrevistadas sepa cuanto vale un paquete de condones. El principal motivo esgrimido para no usarlo tiene que ver con que no lo consideraron necesario en un 45% (cuadro 11), lo cual es coherente con la baja susceptibilidad de riesgo que evidencia el grupo. A continuación, con porcentajes bastante menores, encontramos que "se siente menos placer" (12,5%), "no le gusta que lo use" (10%) y "es incómodo o molesto" (10%).

1.3. Conocimiento sobre VIH/SIDA

Las mujeres evidencian un alto grado de conocimiento sobre VIH/SIDA, sin embargo, este pierde parte de su efectividad al encontrarse mezclado con mitos y creencias erróneas. En cuanto a las vías de transmisión, un 30% señala que el VIH se transmite por medio de relaciones sexuales y un 50% agrega las transfusiones de sangre como mecanismo de transmisión. Tener varias parejas y besar a alguien con SIDA son mencionadas en un 10% cada una (cuadro 13). Respecto a las formas de prevención, un 79,7 menciona alguna medida: "tener una sola pareja" (30%), "usar condones" (26,6%) y "no tener sexo" (23,3%) (cuadro 14). "Evitar contacto", "saber con quien se mete" obtienen un 6,6% de las respuestas cada una. Además, un 6% señala no tener conocimiento con relación a este tópico. En concordancia con el conocimiento evidenciado sobre mecanismos preventivos, un 76,6% de las encuestadas estima que es posible evitar adquirir el virus del SIDA (cuadro 16).

En general, las mujeres saben que el VIH/SIDA es una enfermedad que afecta a toda la población, ya que el 88,2% no está de acuerdo con la afirmación de que afecta principalmente a homosexuales, prostitutas y drogadictos. Sin embargo, el 75% afirma que no se puede transmitir el SIDA por sexo oral ni anal, lo cual echa por tierra el aparente buen conocimiento de las medidas de transmisión y de prevención. De igual modo, un 25% cree que haciéndose un buen aseo genital inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales ayuda a

prevenir la transmisión (cuadro 12). Un 56,6% sabe que una persona que adquiere el VIH se enferma o se muere (33,3% y 23,3% respectivamente), lo cual evidencia, por otra parte, que no hay conocimiento de la existencia de tratamientos antirretrovirales dentro de la población estudiada. Un 13,3% no sabe lo que le pasa a una persona seropositiva (cuadro 15).

1.4. Percepción de Riesgo

Con relación a la percepción de riesgo, un 56,6% de las mujeres considera que no está en riesgo de adquirir el virus del SIDA (cuadro 17). El motivo de ello es que estiman que el tener pareja estable las pone fuera del peligro de adquirir el virus. Ello se reafirma en la consideración de un 63,3% de las mujeres de que un amigo o un conocido sí puede estar en riesgo de infectarse con el VIH (cuadro 18). Lo anteriormente señalado se expresa también en el hecho de que un 76,6% pensaría en el peligro del SIDA si tuviera relaciones sexuales con un desconocido (cuadro 19). De este modo, en la visión de las mujeres, el tener pareja estable constituye una manera eficaz de prevenir el VIH/SIDA.

No obstante ello, un 76,6% declara no conversar con sus parejas temáticas referidas al VIH (cuadro 20). Un 83,3% no ha notado cambios en la conducta sexual de sus parejas desde que se comenzó a hablar de SIDA (cuadro 21) y un 76,6% no cree que su pareja pudiera estar infectada con el VIH o en peligro de estarlo (cuadro 22). Este bajo grado de vulnerabilidad con que las mujeres se perciben, tanto a ellas mismas como a sus parejas, es particularmente delicado cuando consideramos que sólo un 50% de ellas sabe que los métodos anticonceptivos no previenen contra el SIDA (cuadro 23).

1.5. Locus de Control

Respecto al Locus de Control⁶² las interrogantes incluidas en el instrumento no permitieron identificar con claridad un predominio interno o externo. De este modo, frente a la pregunta de si se puede prevenir el SIDA tomando precauciones, un 83,3% responde afirmativamente, lo cual nos podría hacer pensar en el

⁶² Para Rotter (1966), la gente se diferencia por la forma en que experimentan el mundo y las satisfacciones que reciben de él como resultado de los esfuerzos propios o de circunstancias externas e incontrolables; por tanto, nos diferenciaríamos según si nos sentimos dueños o no de nuestro propio destino.

predominio de un locus de control interno (cuadro 24). Sin embargo, cuando se les consulta sobre si adquirir el VIH es una cosa de mala suerte, casi la mitad de ellas (un 46,6%) responde afirmativamente (cuadro 25). De este modo, un importante porcentaje mostraría un locus de control externo respecto de esta afirmación. Por otro lado, el 53,3% responde que no tiene que ver con la suerte, lo que nos hace pensar en un locus de control interno. No obstante, este resultado también podría relacionarse con que las mujeres tienen un alto grado de conocimiento de medidas preventivas.

Lo anteriormente señalado nos hace pensar que no es posible determinar con claridad el locus de control predominante ya que, en la práctica, las mujeres funcionan indistintamente con ambos polos. Este tema será analizado con mayor amplitud en las conclusiones, donde intentaremos relacionar la información obtenida tanto mediante métodos cualitativos como cuantitativos, junto con las percepciones que nos formamos a partir del proceso de talleres.

2. Información Cualitativa⁶³

2.1. Entrevistas en Profundidad

La información recolectada evidencia que las mujeres vivencian su sexualidad de manera dificultosa, ya que, en general, muestran bajos grados de satisfacción sexual. El escaso grado de deseo sexual se traduce en la utilización de estrategias que les permitan rechazar los requerimientos sexuales de sus maridos aduciendo motivos relacionados con los quehaceres de la casa o encontrarse padeciendo algún tipo de malestar físico. Las mujeres perciben la relación sexual como algo a lo que deben acceder para evitar que la pareja "busque por otro lado". Al respecto, Solange señala: "En la sexualidad no nos llevamos tan bien, pero por parte mía, yo ya no siento deseo" (35 años). Ello es concordante con las consideraciones de Susana, quien afirma: "En la parte de la sexualidad yo no me siento satisfecha. Ahora no lo paso bien. Antes lo pasaba bien, ahora ya no" (32 años). Para Raquel "es molesto tener relaciones día por medio o todos los días y eso es lo que él no quiere entender. Yo se lo he dicho a él, pero cuando me dice chica ven a acostarte, yo le digo que no, que tengo que hacer. Él no se percató

⁶³ Los nombres de las mujeres fueron cambiados a fin de mantener la confidencialidad de la información.

de que realmente yo no quiero (...). Lo que sí me doy cuenta es que a mí me disminuyó el deseo sexual. Por mí pasara cualquier tiempo y no pasara nada" (27 años).

Resulta plausible pensar que las mujeres sientan temor de conversar temáticas vinculadas con su satisfacción sexual por temor a las represalias que esto pudiera traer consigo. Esto queda en evidencia en el relato de Paola, quien nunca le dice que no a su pareja cuando éste quiere tener relaciones sexuales. "Si él quiere, bueno, yo ya lo dejo, nunca le digo que no, porque una vez le dije que no y se enojó. Yo de ahí nunca más le digo que no, porque anduvo enojado y malhumorado y como tirando palabrotas. De ahí nunca más le digo que no" (43 años). En este mismo sentido, Liliana relata que "hay que estar haciéndolo como por esfuerzo, para no estar peleando. Pero una trata de hacerlo lo mejor que puede" (30 años).

Es probable que la falta de satisfacción sexual se relacione con la falta de comunicación que existe dentro de la pareja, ya que la mayor parte del grupo de mujeres no conversa de sexualidad ni de aspectos vinculados con la intimidad con sus parejas. "En cuanto a la comunicación, nada. Podemos conversar ciertas cosas no más, cosas vanas" (Susana, 32 años). Por su lado, María José señala: "Lo que tiene mi marido es que no le gusta conversar. Él se acuesta, ve tele y no quiere que le metan bulla, yo no puedo ni contarle ni preguntarle nada. Nosotros no conversamos, lo justo y necesario no más" (47 años). Sin embargo, esta falta de comunicación no siempre es por causa de que la pareja no quiera hablar, ya que, en ocasiones, es a las mismas mujeres a las que les cuesta hablar de sexualidad con sus esposos. Este es el caso de Gladys: "No hablamos, incluso cuando hay intimidad él me pregunta cosas de cómo podría estar más cómoda en la relación, pero yo siempre me quedo callada" (52 años). Marcia, por su parte, cree sentirse satisfecha sexualmente y cree que su pareja también, pero "nunca lo hemos conversado. Nunca conversamos cosas íntimas" (28 años).

Esta falta de comunicación sobre temas de sexualidad al interior de la pareja también abarca temáticas referidas a las posibles infidelidades de los hombres, aspecto que resulta de gran relevancia cuando pensamos en términos de la prevención del VIH. Carla relata: "De infidelidad no hablamos, porque en esta casa no existe la infidelidad, al menos por parte mía, por parte de él no sé. Cuando joven habrá tenido algo por ahí, no sé. Uno no sabe porque los hombres lo

hacen y lo hacen escondidos" (35 años). En este mismo sentido, Liliana indica: "hace poquito descubrí una yaya (infidelidad) de él, pero gracias a Dios ya estamos bien. No hablamos de esto porque a él le cuesta hablar. A mí me da lo mismo conversar de cualquier cosa. Él es idiota, se enoja por cualquier cosa, así que prefiero no conversar" (30 años). Al parecer, no conversar sobre infidelidad significa hacer como si no existiera. Al menos así parece desprenderse del relato de Paola: "De infidelidad nunca hemos conversado, porque no, por ninguna parte. Ni yo pienso serle infiel a él ni él tampoco, así que nunca lo hemos conversado" (43 años).

Las infidelidades, en todo caso, no sólo incluyen a los hombres, sino también a las mismas mujeres. "Sí, tuvimos problemas, yo me mandé un condoro como se dice (fui infiel), pero ya está superado. No sé por qué lo hice, no fue por ningún problema que tuviéramos entre nosotros" (Marcia, 28 años). Las infidelidades, al menos como se desprende de las entrevistas realizadas, nunca van más allá del acto mismo, sin traer aparejadas acciones violentas o físicamente vejatorias por parte de los hombres hacia las mujeres. Distinto es el caso de Jessica, quien señala que "a los tres meses de pareja cualquier maltrato y abandono. Cuando tenía tres meses mi niñita mayor, él se quedaba afuera, me decía que trabajando y yo le creía, pero empezó a llegar con marcas a la casa. Ya no era un día el que se quedaba afuera, sino que eran tres o cuatro. No me daba plata, me maltrataba" (43 años).

Sin embargo, las mujeres parecen valorar que cuando sorprenden al hombre cometiendo actos de adulterio, éstos las prefieran a ellas antes que a sus amantes. "Lo he encontrado con mujeres y él inmediatamente atina hacia mí (me prefiere), o sea nunca me ha dejado feo delante de las mujeres. Las mujeres le dicen te vas con ella o te quedas conmigo y él dice me voy con mi mujer" (Raquel, 27 años). En este sentido, en la percepción de las mujeres consultadas, pareciese ser más importante mantener la relación fuera del peligro de una posible ruptura y adaptarse a lo que les toca vivir que tratar de poner término a una situación que, a todas luces, no les resulta agradable. Es probable que esto se relacione con lo señalado anteriormente de que las mujeres sienten que deben aceptar los requerimientos sexuales de los hombres, a pesar de que ellas no sientan el deseo de vincularse sexualmente con sus parejas.

En relación al tema del VIH/SIDA, la mayor parte de las mujeres considera que es algo que no les atañe, ya que no se consideran en riesgo de adquirir el virus.

Ello se debería a que tienen pareja estable, como se ilustra en el siguiente relato de Ester: "No he pensado en protegerme del SIDA, porque si tengo mi pareja ¿para qué? O sea, yo confío en él y él confía en mí. ¿Del SIDA? Es una enfermedad que no tiene cura. Aquí en el puerto hay hartos que se pueden contagiar, tanto barco que llega, tantos hombres que llegan de fuera. Pero una que es casada, que tiene su pareja, no tengo cuidado que pueda pasarme algo" (45 años). En este mismo sentido, Luisa contesta: "Del SIDA sé que se pega por tener relaciones sexuales, pero no le he tomado mucho asunto (no le he dado importancia) porque como somos pareja, yo confío en él y él confía en mí" (33 años). Como se desprende de las consideraciones de ambas mujeres, el VIH es un peligro del cual se mantienen al margen quienes llevan relaciones de pareja estables, cimentadas sobre la base de la confianza mutua. Sin embargo, esta consideración se encuentra en clara contradicción con el hecho de que las mujeres están conscientes de que los maridos no les son fieles, en algunos casos abiertamente.

Por otra parte, parece persistir la idea de que el SIDA es algo que se puede detectar a simple vista o que es una enfermedad que afecta sólo a un cierto grupo de personas, cuyas conductas las ponen en peligro de adquirir algún tipo de afección sexualmente transmisible. Al menos así se evidencia en las afirmaciones de Raquel: "No hemos hablado (del SIDA), porque cuando él se queda afuera yo le digo capaz que vengas con el SIDA y él me dice crees que soy tonto, yo sé con quien me meto" (27 años). La falta de comunicación es, evidentemente, un tema que atraviesa todos los ámbitos de la cotidianidad de las relaciones de las mujeres con sus parejas. En este sentido, la temática del VIH/SIDA no se queda ajena a esta situación. "No me he cuidado del SIDA. De repente he pensado en eso, como él ha tenido relaciones con otras mujeres. Creo que existe la posibilidad, pero nunca le he dicho. Además, no se habla de eso. No tengo idea de si se cuida" (Cristina, 30 años). Además, las mujeres no hablan del tema del SIDA porque consideran que hacerlo implicaría reconocer abiertamente la existencia de posibles infidelidades por parte de alguno/a de los integrantes de la pareja. "Nunca hemos pensado en poner el tema así, porque querría decir que uno ha estado con otra persona. Yo confío en la fidelidad de él. Yo no más el condoro (infidelidad) que me mandé" (Marcia, 28 años). Como vemos, la posibilidad que las infidelidades conduzcan a una probable adquisición del virus no se encuentra incluido dentro del repertorio de posibles consecuencias de tener relaciones sexuales no protegidas fuera del matrimonio. Ello se ve reforzado por la extendida creencia de que el SIDA es algo que se encuentra

alejado de lo que es la vida cotidiana en el puerto. "Es que uno siempre piensa que le puede pasar a otro pero nunca a uno" (Carla, 35 años).

Por otro lado, las mujeres perciben una estrecha relación entre el SIDA y la homosexualidad. "Yo he escuchado que proviene de los homosexuales, las mujeres de la vida que tienen relaciones sexuales con uno y con otro pueden pegarse cualquier infección" (Liliana, 30 años). Respecto a lo que sabe del SIDA, Paola responde que "lo que uno ve por la tele no más. Eso y por intermedio de los homosexuales, por esas relaciones anales. Esa es la información que uno mantiene, porque yo nunca he visto a una persona con SIDA" (43 años). Luisa, por su parte, confiesa haber conocido a una persona con el virus, pero "era medio travesti y ahí empezó a andar con cosas raras y se le pegó el SIDA. Pero él tenía pareja y se lo pegó y al final murieron los dos" (33 años). De los relatos analizados se observa que, en la visión de todas las mujeres, el VIH es una enfermedad mortal, lo que evidencia el gran desconocimiento que existe sobre los nuevos tratamientos antirretrovirales para combatir la enfermedad. Además, la estrecha relación que perciben entre homosexualidad y VIH/SIDA no se condice con las respuestas dadas en la encuesta, donde mayoritariamente señalaron que el SIDA es una enfermedad que afecta a toda la población. Al parecer, se trata de frases que han escuchado en la televisión y que repiten sin llevar al plano personal y/o vivencial.

El uso del condón es una práctica desconocida dentro del grupo de mujeres. Cristina argumenta que no le agrada porque "es como lavarse los pies con calcetines. Nunca lo he usado. No creo que sea necesario" (30 años). Doris afirma no usarlo porque su marido le dijo que "no era lo mismo" (52 años) y Ester cree que debe ser incómodo. "Cuando estuve soltera nunca los usé. Es un plástico que se ponen ellos. Yo creo que debe sentirse una sensación incómoda ¿cierto?" (45 años). Es interesante destacar que aún cuando la mayor parte de las entrevistadas nunca ha usado el preservativo, todas ellas tienen un juicio respecto a las sensaciones incómodas y desagradables que supuestamente resultarían de su utilización.

Por otro lado, las mujeres no consideran que el alcoholismo sea una práctica tan recurrente como habitualmente se piensa. Si bien encontramos un grupo de mujeres que tiene problemas con su pareja por su ingesta excesiva de alcohol, este grupo no fue tan numeroso como nosotros/as pensábamos. Lo que sí preocupa a casi todas las mujeres es el extendido consumo de drogas tanto entre los

trabajadores marítimo portuarios, como entre la juventud en general. "Aquí en la Caleta, lo que más se ve es la drogadicción. Toda la juventud que trabaja acá lo hace por la droga, porque aquí, usted ve, todo el mundo vende, la mayoría de la juventud está metida en la droga. Por eso a uno le da miedo que los hijos vengan acá, porque ven todo; ellos no tiene preocupación porque no los vean, fuman ahí, a la vista de todos" (Gloria, 47 años). El involucramiento del mundo marítimo portuario en el mundo de la droga se refleja en el relato de Luisa: "Porque acá la mayoría de los pescadores consumen drogas. Usted va en la mañana al galpón y es un olor que no se aguanta y eso lo aspiramos todo nosotras. La mayoría de los pescadores lo hacen" (33 años).

Cabe destacar, finalmente, que cuando se les consulta a las mujeres sobre los temas que les interesaría trabajar en los talleres, el tema del SIDA aparece de manera reiterativa, lo cual parecería estar en contradicción con el bajo grado de susceptibilidad a la transmisión del VIH que manifiestan las mujeres. Sin embargo, el interés que tiene este grupo en el tema del SIDA tiene que ver con la posibilidad de ayudar a sus hijos a prevenir una posible adquisición del virus. "Eso es lo que me interesa, porque como le decía yo a mis hijos, ellos también conocen la palabra SIDA, pero tampoco tienen más conocimientos, porque no se habla de esto. Tampoco han visto folletos de esto para que puedan leer, son ignorantes igual que yo (...). El niño más chico ya va a empezar a salir y va a tener vida sexual y cómo lo prevengo si yo no le explico a él y él no sabe" (Raquel, 27 años).

2.2. Focus Groups

Uno de los tópicos que más sobresale del análisis de los focus groups es que las mujeres, al ser consultadas por las relaciones que mantienen con sus maridos, inmediatamente se remiten a calificarlos -al igual como ocurrió en las entrevistas en profundidad- en base a ciertas categorías que guardan relación con que no consuman demasiado alcohol, que no salgan con sus amigos de noche, sean fieles y les otorguen a ellas un cierto grado de independencia. Estos parecen ser, además del adecuado cumplimiento de su rol de proveedor, los ejes sobre los cuales se articula el tipo ideal del "buen marido". Así, Juana señala: "mi marido de tomar, toma, pero mi marido es de esos que (...) él sabe hasta donde tiene que tomar y cómo tiene que comportarse y todo. O sea para donde va yo lo acompaño igual. Y si tengo que salir sola, salgo sola y no me pinta monos (no me hace problemas), nada. Igual discutimos de repente" (39 años).

Sin embargo, a juzgar por los testimonios expuestos, estas categorías implican parámetros a los cuales muy pocos hombres parecen ajustarse. Es así como aparecen de manera recurrente relatos de infidelidades, "salidas" nocturnas y celos de parte de sus maridos. Las infidelidades de los hombres constituyen hechos recurrentes para ellas, los cuales se encuentran inscritos e incorporados en la trayectoria matrimonial de la pareja. De esta manera se minimizan los efectos de las infidelidades para la relación y pasa a ser más importante el hecho de que los hombres, a pesar de sus aventuras, permanezcan a su lado. Se trata de situaciones a las cuales ellas sienten que tienen que adaptarse.

Elena, por ejemplo, recuerda: "Yo de primera (al principio) le pintaba el mono (le ponía problemas), cuando estábamos recién casados, pero después ya me acostumbré" (36 años). En el mismo sentido, Luisa afirma que su pareja "es bien picao de la araña (enamorado). Él se enamora, no es que se pinche (enamora) a una niña una vez no más, sino que se enamora. Y él es de esos que, yo lo miro no más y sé que me está mintiendo y suelta altiro la pepa (dice inmediatamente la verdad). Yo lo veo como sufre por las mujeres que tiene (...) pero yo ya me acostumbré" (33 años). En concordancia con lo acontecido en las entrevistas, Marta destaca el hecho de que "él siempre vuelve conmigo, aunque se enamore por ahí de alguna chiquilla (mujer joven), igual vuelve conmigo" (39 años).

En el manejo que las mujeres hacen de situaciones de evidente infidelidad de sus maridos aparece la idea de una cierta dignidad con que ellas deben enfrentar la situación, la que es valorada positivamente y que se refleja en cuestiones como ignorar la situación o no "hacer escándalos". Así parece entenderlo Jessica, quien relata: "yo a mi marido muchas veces lo he encontrado con hartas mujeres, pero nunca le hice escándalo. Yo pasaba hombro con hombro con él en la calle. Y él con la mujer y yo con los cabros (hijos) y nunca le hice escándalo. Después llegaba a mi casa y en mi casa discutíamos" (43 años). Esta adaptación se refleja en el sentido del humor con que ellas abordan las distintas situaciones -sin duda muy difíciles- que les ha tocado enfrentar en estos años de matrimonio.

La importancia que le hemos asignado al tema de la infidelidad tiene que ver con que consideramos que abordar el sentido cultural que tiene la infidelidad en el grupo estudiado constituye un paso crucial para intervenir de manera favorable en la prevención del VIH/SIDA. Esto se debe a que, a juzgar por la información recopilada, la infidelidad de los pescadores constituye algo absolutamente inscri-

to en las pautas matrimoniales. Se trata de un hecho que las mujeres consideran que deben aceptar como una parte -desagradable, sin duda- de sus relaciones de pareja y sobre la cual se consideran con una mínima capacidad de actuar. Las acciones que ellas emprendan a este respecto se limitan a enfrentar de manera contingente las evidencias de la infidelidad con dignidad, con paciencia, con la certeza de que esto no llevará a una disolución del matrimonio. Desde esta perspectiva, podemos afirmar que las mujeres poseen un locus de control con predominio externo, el cual, a pesar de no quedar evidenciado en la encuesta, se plasma en la actitud de resignación con que las mujeres parecen enfrentar distintos aspectos de su vida, ya sea en el terreno personal como en el que tiene que ver directamente con su relación de pareja.

Un segundo tema que destaca en el análisis de los focus groups tiene que ver con la manera en que las mujeres vivencian las relaciones sexuales con sus parejas. Cabe destacar que las entrevistas en profundidad se realizaron antes que los focus groups y, en las primeras, el tema de la falta de satisfacción sexual fue un tópico muy reiterado. Sin embargo, cuando conversamos del tema grupalmente, ninguna de ellas mencionó explícitamente que le había disminuido el deseo sexual. Al parecer, este es un tema un tanto tabú entre las mujeres, que no conversan cuando se encuentran en grupos amplios. Esta falta de deseo sexual, por otro lado, no es algo que la mujer converse con su pareja a fin de buscar juntos una posible solución, sino que, por el contrario, la mujer oculta lo que le está pasando. De este modo, Catalina cuenta que "antes, despertábamos y lo hacíamos tres veces o cuatro veces, lo que él me pedía lo hacía, pero ahora ya no. Ahora yo finjo para que él se sienta bien, porque o si no va a buscar por fuera (...) Yo le digo que no a él, pero igual sigue catetiando (insistiendo), también yo lo hago no más para que él se sienta bien" (42 años). Como se desprende de la situación anteriormente descrita, en la visión de las mujeres, lo más importante es que el hombre tenga lo que quiere en el plano sexual para que él se sienta bien, en desmedro de lo que las mujeres mismas puedan sentir. Evidentemente detrás de ello se encuentra el temor al abandono por parte del hombre. De acuerdo a ello, consideramos que los Derechos Sexuales y Reproductivos constituye un tema que resulta de primordial importancia trabajar con las mujeres, ya que éstas deben tomar conciencia de que su plena satisfacción sexual -ya sea aceptando o rechazando las relaciones sexuales- tiene la misma importancia que la de su pareja, y que ella no debe postergarse a fin de complacer al marido.

De este modo, aún cuando en los focus groups se hizo una positiva valoración de la importancia del goce sexual, que se deja entrever en algunas opiniones, también se evidencia un cierto malestar por parte de las mujeres. Este malestar se originaría por los continuos requerimientos sexuales de sus parejas. En relación a esto, las mujeres describen diversas estrategias que deben desplegar para eludir sutilmente el momento de la relación sexual, las cuales van desde inventarse dolores de cabeza hasta decirles que están menstruando. Al respecto, Marcela indica que "lo único que respetan es cuando una anda con la regla (menstruando). Pero después ya. A mí me dura, o sea me las invento largas" (29 años). Marcia, por su parte afirma que "una les dice, yo por lo menos, estoy cansá, me duele la cabeza" (28 años).

Otra estrategia que se mencionan es "hacerse de rogar", que consiste en no aceptar tener inmediatamente relaciones sexuales a fin de aumentar el deseo de la pareja, aunque se sobreentiende que posteriormente aceptará. Una variante extrema de ello es cobrar por la relación, estrategia que un par de mujeres señala haber utilizado. "Te voy a empezar a cobrarte, le dije, cada vez que querai (quieras) tirar (tener relaciones sexuales) vai (vas) a tener que pagarme. Pero era por lesear (bromear) mas que nada" (Gloria, 47 años). Sin duda se trata de un dato muy interesante en términos de sus conexiones e implicancias en el ordenamiento género/sexualidad. Sin embargo, debido a la profundidad que requeriría abordar seriamente este tema, sólo podemos mencionarlo.

La estética y la apariencia física constituyen otros temas que preocupan a las mujeres dentro de su vida sexual con sus parejas. Aún cuando hay mujeres que señalan que sus maridos las quieren tal como son, también existe otro grupo que manifiesta fuertes conflictos por no verse físicamente como antes. Si bien todos envejecemos y ganamos peso, no para todos nosotros tiene el mismo impacto psicológico. Laura, por ejemplo, se siente gorda y esto la ha afectado mucho, incluso en el terreno íntimo. "Lo que pasa es que antes yo era delgada, pero por el niño que tuve, me lo comí todo en el embarazo, entonces quedé gorda y no me gusta mi cuerpo. Yo no lo hago (no tengo relaciones sexuales) con la luz prendida, yo apago la luz" (38 años).

Por otro lado, como mencionamos anteriormente, también existe un grado de reconocimiento, aunque menor, por parte de las mujeres de sus propias necesidades sexuales. Ello se refleja en el hecho de que ellas expresan que en ocasiones no se sienten satisfechas con el desempeño sexual de sus parejas, tema que

tratamos con detención en las entrevistas en profundidad. "Cuando él estaba bien, teníamos relaciones sexuales casi todas las noches, pero ahora no. El tuvo un accidente y cuando tenemos relaciones le duele toda esta parte (la pelvis)" (Elena, 36 años).

Las dificultades para tener relaciones sexuales con tranquilidad es un elemento que aparece reiteradamente en el relato de las mujeres. La falta de espacios íntimos, la cantidad de personas que habitan una misma casa, la presencia constante de los niños y las delgadas paredes que separan las habitaciones atentan contra una relación sexual satisfactoria. "Nosotros esperamos hasta que se queden dormidos (los hijos), como a las doce o a la una. Ahí yo me cambio de pieza y ahí lo hacemos (tenemos relaciones sexuales)" (Ana María, 40 años). Sin embargo, resulta evidente que aún cuando esperen a que los niños se duerman, pongan el colchón en el suelo, ahoguen los quejidos en la almohada o pongan el televisor con volumen fuerte, lo que resultará de ello será una mala copia de una relación sexual normal y placentera. "Entonces igual, porque yo siento cualquier ruido y no puedo tener relaciones sexuales con él. Pongo la tele fuerte para que el niño no escuche, pero igual. Yo vivo preocupada de que él no vaya a estar escuchando cosas" (Gladys, 45 años). La rapidez y clandestinidad con la que deben llevarse a cabo las relaciones sexuales no sólo puede llevar a disfunciones sexuales como la eyaculación precoz o la anorgasmia, sino que también -como explica el sexólogo Eduardo Pino- "los individuos que no llevan una vida sexual plena registran alteraciones en otras áreas de su quehacer cotidiano: tienen mala comunicación, son neuróticos, presentan bajo rendimiento laboral, son depresivos, con muy baja autoestima"⁶⁴.

Un elemento que arroja luces con respecto a un cierto cambio en la sexualidad de las mujeres -y que algunas autoras han definido como la "erotización de la sexualidad femenina"⁶⁵- es el de la iniciativa sexual. Este tema fue abordado por las mujeres en los focus groups asumiendo que se trata de un aspecto que las mujeres deben desarrollar dentro de sus relaciones sexuales. Sin embargo, ello tiene en sus cimientos un matiz conservador, en términos de que se piensa en la iniciativa sexual como una estrategia para satisfacer a los hombres y no como un paso dentro de la búsqueda de la propia satisfacción. "A mí me pasaba que antes era por vergüenza, pero ahora ya no, ahora yo también tomo la iniciativa"

⁶⁴ Entrevista publicada en el Diario *El Mercurio*, en su reportaje "El Sábado", Santiago, mayo, 2000: 31.

⁶⁵ Ver Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996.

(Claudia, 25 años). Para Marcela, en cambio, "eso es lo que esperan los hombres, que una tome la iniciativa y ellos se sienten realizados" (29 años). Nuevamente se observa en los relatos de las mujeres la enorme importancia que le asignan a la satisfacción sexual de su pareja, aún en desmedro de su propia satisfacción.

Respecto al tema de la prestancia sexual, las mujeres perciben la existencia de una discriminación y de una desigualdad con los hombres referida a que ellas no pueden rechazar la relación sexual -pues se exponen a violentas recriminaciones- pero, en cambio, los hombres sí pueden hacerlo. Alejandra lo argumenta del siguiente modo: "Si una quiere tener relaciones sexuales con el marido (...) estoy cansao, sabí que vengo tan cansao de la pega (del trabajo), me tocó tanto, que tengo que amarrar aquí que allá (...). Y cuando ellos quieren con una, que sabí que estoy cansá, lavé, hice el aseo completo, encarné, tuve que ayudar a encarnar y toda la cosa (...). Claro, a lo mejor tení otro, es lo primero que sacan poh, claro a lo mejor estai pensando en el otro que tení. Con el cansancio de la casa, del quehacer de los críos (hijos), una tiene que estar igual p' al marío y ellos no están pa' una" (42 años).

Sin embargo, muchas veces, las mujeres no sólo deben enfrentar sus propios temores para tomar la iniciativa en el plano sexual, sino que además deben exponerse a la censura y a la reprobación de sus propios maridos, cuestión que juega en contra de la consolidación de nuevas formas de relacionarse al interior de la pareja. Así se demuestra en la narración de Sandra: "Yo una vez hice el intento y pa' nunca más, porque yo quise correr mano (tocar zonas erógenas) pasarle la mano como por aquí y me dijo "que estai caliente". Me dijo así, pa' nunca más, pa' nunca más dije yo. Ahora si él quiere, va a tener que buscar" (31 años).

De este modo, al analizar los testimonios que las mujeres entregan en relación a la intimidad con sus parejas encontramos la existencia de pautas conservadoras que, sin duda, afectan a las mujeres, así como algunos elementos que podrían potenciarse en la búsqueda de nuevas formas de relacionamiento que, como hemos señalado a lo largo de este estudio, empoderen a las mujeres y les permitan en definitiva el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y el placer en su sexualidad. En este sentido, nos parece importante destacar el valor en sí que las mujeres le otorgaron al grupo de discusión como un espacio nuevo en el cual compartir y evaluar conjuntamente sus experiencias.

V. CONCLUSIONES

La vida sexual de las mujeres de trabajadores portuarios descrita en el curso de este estudio muestra una serie de tensiones y contradicciones, las cuales tienen que ver, a nuestro juicio, con las tensiones y contradicciones que experimenta el proceso modernizador en América Latina. En primer término, las mujeres tienen dificultades en reconocer abierta y grupalmente que tienen problemas para lograr la excitación sexual. Sin embargo, del análisis de las entrevistas en profundidad se desprende la existencia de un importante grado de insatisfacción sexual en las mujeres, la cual puede haberse gatillado por diversos motivos. Entre ellos podemos mencionar los reiterados requerimientos sexuales de sus parejas, la imposibilidad de tener relaciones sexuales satisfactorias sin preocuparse de que escuchen los hijos o vecinos, las agotadoras jornadas laborales de las mujeres y la presencia de enfermedades no tratadas como problemas a la espalda, efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas o dolores durante el acto sexual o durante la menstruación. Esto plantea el desafío de vincular estos grupos de mujeres con los servicios sociales que proporciona el Estado, de manera de promover su acceso libre e igualitario⁶⁶. Las reiteradas y legitimadas infidelidades de los maridos constituye otro elemento que juega en contra de que la mujer logre la plena satisfacción sexual.

Por otra parte, las mujeres no parecen asignarle mucha importancia a alcanzar su propia gratificación sexual, ya que su preocupación está centrada en satisfacer sexualmente a sus parejas, aún cuando para ello sea necesario fingir el deseo y la excitación. Además, se observan otros rasgos tradicionales en la sexualidad de las mujeres, los cuales van desde tomar la iniciativa sexual para agrandar al marido hasta aceptar las infidelidades de sus parejas asumiendo una actitud digna y desinteresada, la cual se cristaliza en la idea de "no hacer escándalos". Esto muestra la necesidad de realizar talleres de Derechos Sexuales y Reproductivos con las mujeres, tema que -dado los objetivos del estudio- sólo pudimos tratar de manera somera.

⁶⁶ Estudios recientes de la CEPAL han mostrado que las mujeres tienen mayores dificultades de acceso a los servicios en comparación a los hombres, dada su particular forma de inserción en el mercado del trabajo (CEPAL, 1997).

El temor al abandono constituye el motivo más frecuentemente esgrimido para justificar esta excesiva y excluyente preocupación por satisfacer a la pareja. Esto es concordante con lo que afirmamos anteriormente sobre los efectos de un proceso liberal y modernizador que, por un lado, se centra en la esfera económica y no en el de las conductas privadas, y que, por otro lado, no se vivencia del mismo modo entre los distintos estratos sociales. De esta forma, en los sectores populares, esta modernización tropieza con las míticas ideas machistas que las mujeres deben ser asexuadas, monógamas y con poca experiencia en el terreno sexual. Esta idea es corroborada por estudios empíricos realizados entre distintos estratos socioeconómicos, encontrando que, a diferencia de las mujeres de los sectores medios, las mujeres populares destacan "la necesidad de una mayor igualdad y comunicación con la pareja, es decir, tener una relación más equitativa, menos machista, donde el hombre no se preocupe sólo de su satisfacción sexual"⁶⁷. También resulta ilustrativo destacar que un análisis acerca de la representación social del cuerpo y de la sexualidad en mujeres pobladoras mostró que el placer corporal es asociado principalmente con el descanso físico y con el afecto y sólo secundariamente con la sexualidad⁶⁸.

A los resultados de ese estudio, nosotros/as agregaríamos que la perpetuación de estas consideraciones de índole machista predominantes entre los sectores populares se erige, en gran medida, sobre la base de las actitudes y comportamientos de las mismas mujeres pertenecientes a estos estratos, quienes aún no han logrado concretar en acciones las reivindicaciones planteadas en su discurso. No obstante ello, reconocemos un primer paso en el empeño que estas mujeres han puesto en organizarse, aún cuando ello tenga más que ver con las necesidades concretas y reales que les plantea la vida cotidiana. Sin embargo, al compartir experiencias y vivencias personales se va creando el clima necesario para que estas mujeres se den cuenta de que si sus problemáticas son las mismas, todas juntas deben demandar que la sociedad les proporcione el espacio de libertad y de equidad que les permita desarrollarse de manera integral.

Es posible que el espacio del taller se haya convertido en una instancia a través de la cual ellas puedan abrirse a la idea de realizar ciertas transformaciones en sus vidas y en sus relaciones de pareja. Creemos que los talleres potenciaron la idea de que la mujer tiene derecho a aceptar o a rechazar las relaciones sexuales

⁶⁷ Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996: 54.

⁶⁸ Rodó, 1997.

de acuerdo a sus propios deseos, independientemente de los requerimientos de sus parejas. Sin embargo, creemos que este es un trabajo que requiere solidificarse y profundizarse a futuro a partir de nuevas intervenciones, más dirigidas y más permanentes. No obstante, estamos convencidos que haberse escuchado, haber intercambiado experiencias y preocupaciones que anteriormente no habían socializado, constituye un importante primer paso en términos del empoderamiento de la mujer en el terreno de la sexualidad.

Con respecto al tema del VIH/SIDA, cabe señalar que las mujeres manejan conocimientos básicos sobre las formas científicamente demostradas de transmisión y de prevención del virus. No obstante ello, se observan algunos vacíos, mitos y creencias equivocadas sobre ambos mecanismos. En todo caso, que conozcan los mecanismos de prevención no quiere decir que los pongan en práctica, ya que el preservativo aparece como algo imposible de incorporar dentro de la relación. La fuerza de la costumbre, el machismo, la carencia de un control real sobre la relación sexual, la falta de comunicación dentro de la pareja y la imposibilidad de hablar sobre eventuales infidelidades constituyen elementos que dificultan la utilización del preservativo como mecanismo preventivo al interior de la relación. Ello se entrecruza con la consideración de que el SIDA sólo es una amenaza para quienes no tienen pareja estable. De este modo, el SIDA aparece como algo lejano de la vida cotidiana de las mujeres, quienes no se sienten en riesgo de una posible transmisión del virus. Aquí encontramos una nueva contradicción en el discurso de las mujeres, ya que por un lado saben que sus parejas tienen relaciones extramaritales ocasionalmente y, al mismo tiempo, manifiestan no tener temor de adquirir el virus por la confianza que tienen en sus parejas.

Las mujeres que han problematizado esta contradicción, en lugar de buscar estrategias que le permitan protegerse, adoptan una actitud pasiva, colocando el peligro de la adquisición del virus como algo a lo cual deben adaptarse ya que carecen de herramientas que les posibiliten ejercer un control directo y real en la prevención del VIH. Esto se relaciona con otra de las conclusiones que llegamos en este estudio y que tiene que ver con el predominio de un locus de control externo entre las mujeres, lo que significa que el mundo se percibe como algo que se encuentra más allá de la posibilidad objetiva de intervenir en los designios del destino. Este locus de control externo se manifiesta en la pasividad con que la mujer acepta las relaciones extramaritales de sus parejas, en el temor al aban-

dono del hombre, en la incapacidad para pedir que sus parejas usen preservativos y en las estrategias que las mujeres inventan para no tener relaciones sexuales cuando ellas no quieren y sus parejas sí.

Aún cuando en el taller se reforzaron los conocimientos sobre vías de transmisión y mecanismos de prevención, honestamente no creemos que vayan a ser llevados a la práctica dentro de su vida de pareja. Pensamos que los contenidos analizados en el taller sensibilizaron a las mujeres sobre los peligros del VIH/SIDA, creemos que estos temas fueron conversados con los maridos en sus hogares, pero sólo en términos de aconsejar a los hombres usar preservativos en las "hipotéticas" relaciones extramaritales. De acuerdo a ello, las mujeres prefirieron hablar con sus parejas en general y en abstracto de las infidelidades y de lo importante que sería que el hombre, en caso de cometer algún acto de adulterio, tome las medidas preventivas pertinentes.

Un elemento importante a destacar es el interés que despertó en las mujeres obtener conocimientos sobre medidas preventivas para informar adecuadamente a sus hijos, a quienes sí perciben en riesgo de adquirir el VIH, puesto que se encuentran en la edad del despertar sexual. Además, la iniciación sexual en este grupo se produce a edades bastante precoces. De hecho, muchas de las mujeres participantes tenían hijas adolescentes que ya se habían convertido en madres, sobre todo en el caso de las encarnadoras rurales.

Estamos convencidos que un trabajo preventivo que aspire a tener eficacia real y concreta no puede ser abordado sin incorporar a los hombres. De este modo, si bien se ha insistido en la necesidad de atender la vulnerabilidad de las mujeres en este tema, ello no puede concretarse efectivamente si no se incluye en el trabajo la perspectiva masculina y el modo en que ellos vivencian su sexualidad. Ello se relaciona con la falta de control efectivo de la mujer en las formas de relacionarse sexualmente con su pareja, quien es en definitiva el que decide el qué, el cómo y el dónde de la relación sexual. Al menos, así es como lo vivencian y lo perciben las mujeres participantes de este estudio y que, por otra parte, es concordante con las investigaciones realizadas en torno al tema de la psicología social de la pobreza, donde se ha encontrado evidencia que las urgencias, las carencias, la falta de oportunidades y la marginación en que viven los sectores más postergados incide en el predominio de un locus de control externo, como

habíamos señalado con anterioridad⁶⁹. Ello significa que las personas desarrollan la creencia de que sus acciones no tendrán un efecto directo sobre los acontecimientos que les ocurren en la vida, lo cual, conjugado con las escasas probabilidades objetivas de mejorar sustantivamente sus condiciones de vida, inhiben los esfuerzos orientados a romper el círculo vicioso de la pobreza y de la marginación.

Es importante también marcar una diferencia entre los dos grupos de mujeres con las cuales se trabajaron los talleres y que dice relación con la organización, la participación y el intercambio de experiencias entre las participantes. Las integrantes de la "Rama Femenina" del Sindicato de Pescadores Artesanales de la Caleta de San Pedro, que es un grupo que lleva bastante tiempo funcionando, evidenciaron una mayor capacidad de organización y de convocatoria que el otro grupo de mujeres.

Debido a ello, resulta importante reflexionar sobre las formas de reformular el trabajo de talleres para incorporar como una temática del trabajo en sí la constitución de organizaciones sólidas, estables, permanentes y autorreguladas. Así, como se ha venido insistiendo en el marco de las estrategias de desarrollo para las mujeres -particularmente el enfoque de "Género en el Desarrollo"- el fortalecimiento de las organizaciones sociales de base constituye un requisito fundamental para lograr cambios en la situación de las mujeres en los niveles económicos, políticos, sociales y jurídicos. En este sentido, las futuras intervenciones debieran apuntar a la constitución de un grupo de mujeres que, en un segundo momento, puedan funcionar con independencia de los facilitadores o interventores. De este modo, estos grupos podrían constituirse en un soporte para las mujeres que estén dispuestas a iniciar transformaciones en su vida, incluyendo los aspectos vinculados con su sexualidad. Estamos convencidos que los talleres realizados con las mujeres apuntaron en esta dirección y que, en lo sucesivo, el tema de la sexualidad dejará de ser un tabú y pasará a ser una temática habitual dentro las conversaciones de las mujeres, tanto entre ellas mismas como con sus parejas e hijos.

⁶⁹ Ver Ardila, 1980

VI. BIBLIOGRAFIA

- ADIMARK; FUNACS (1997) *Evolución en los Últimos Cinco Años del Conocimiento, Actitudes y Conducta de los Jóvenes en relación al SIDA*. Fundación Nacional contra el SIDA, Santiago.
- Anderson, K. (1998) "Mujeres, SIDA y Pobreza en las Poblaciones en Chile". En Gómez, A. (ed.): *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Derechos Humanos Cuadernos Mujer y Salud 3*. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago.
- Ardila, R. (1980) "Psicología Social de la Pobreza". En: Whittaker, J.: *La Psicología Social en el Mundo de Hoy*. Trillas, México, 1980: 401-20.
- Artigas, F.; Ruiz, M. (1998) "Diseño, Aplicación y Evaluación de un Taller de Sexo más Seguro en Mujeres Universitarias". En: Gómez, A. (ed.): *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Derechos Humanos. Cuadernos Mujer y Salud N°3*. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago.
- Bernal, J.; Luckacs, I.; Bonacic, H.; Malebrán, A. (1989) "Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre el SIDA", *Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual*, 4, 3, 1989: pp.85-92.
- Briones, G. (1989) *Métodos y Técnicas Avanzadas de Investigación Aplicadas a la Educación y a las Ciencias Sociales*. Vol. 5: Los Métodos Cualitativos, Programa Interdisciplinario de Investigación. En: Educación (PIIE). Santiago.
- Brunner, J. (1986) *Los Debates sobre la Modernidad y el Futuro de América Latina*. Documento de Trabajo N° 293, FLACSO, Santiago.
- Castillo, X.; Castillo, M. (1994) *Prevención del SIDA en Mujeres Heterosexuales con Pareja Estable*. Instituto de la Mujer. Santiago.
- CEPAL (1997) *Desarrollo Sostenible, Pobreza y Género. América Latina y el Caribe*. Santiago, CEPAL.
- CONASIDA (1995) *Perfil del VIH/SIDA en Cifras. Chile: 1984-1994*. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud. Santiago.
- CONASIDA (1998) *Notasida N° 3: Mujer y SIDA en Chile*, Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud. Santiago, Julio.
- CONASIDA (2000) *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Agence Nationale de Recherches Sur le SIDA. Santiago.
- CONASIDA (2001) *Boletín Epidemiológico Trimestral N° 13*. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud. Santiago.
- CORSAPS; SERNAM (1994) *Estrategia para la Atención Psicosocial de las Jóvenes Embarazadas*. Santiago.
- Díaz, R. (1991) *Estudio del Uso de Condomes 1991. Entrevista para la Mujer*. CAPS Instruments, Universidad de California, San Francisco.
- El Mercurio*, Santiago, mayo, 2000.
- Feliciano, Y.; Serrano, I.; Badillo, E. (1998) "Consideraciones para la Prevención del VIH/SIDA". En Gómez, A. (ed.): *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Dere-*

- chos Humanos. *Cuadernos Mujer y Salud N°3*. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago.
- FNUAP (1997) *Estado de la Población Mundial*, Fondo de Naciones Unidas para Asuntos de Población (FNUAP). Nueva York.
- Giddens, A. (1995) *La Transformación de la Intimidad. Sexualidad, Amor y Erotismo en las Sociedades Contemporáneas*. Ediciones Cátedra, Madrid.
- Gissi, J. (1989) *Identidad Latinoamericana: Psicología y Sociedad*. Psicoamérica Ediciones, Santiago.
- Gómez, A. (1998) "Mujeres y VIH/SIDA. Un Enfoque desde el Género". En: Gómez, A. (ed.): *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Derechos Humanos Cuadernos Mujer y Salud N°3*. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago.
- González, A. (1999) *Las Mujeres y el VIH/SIDA*, Tesis para optar al Título de Asistente Social. Universidad ARCIS, Santiago.
- Grmek, M. (1992) *Historia del SIDA*. Siglo XXI Editores, Madrid.
- Gysling, J.; Benavente, M.; Olavarría, J. (1997) *Sexualidad en Jóvenes Universitarios*. Serie Estudios de Género. FLACSO, Santiago.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2002) *Informe Trimestral de Empleo*. Diciembre 2001 - febrero, 2002.
- Kerlinger, F. (1989) *Investigación del Comportamiento*. Mc Graw Hill, México.
- Kleincsek, M.; Aravena, R.; Oróstegui, I.; Unger, G. (1996) *ETS - SIDA: Discursos y Conductas Sexuales de las Chilenas y Chilenos*. Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida (EDUK), Santiago.
- La Época*, 5 de enero de 1998.
- La Tercera*, 10 de Septiembre de 1996.
- Larraín, S. (1994) *Violencia Puertas Adentro*. Edit. Universitaria, Santiago.
- Ministerio de Educación; Programa de la Mujer (1996) *Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad*. Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida (EDUK), Santiago.
- Montecino, S.; Rebolledo, L. (1996) "Género y Desarrollo". *Serie Apuntes Docentes N°1*, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Chile, Santiago.
- Montecino, S.; Donoso, C. (2000) *Teorías del Género*. Diplomado Género, Desarrollo y Planificación, Centro Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Chile, Santiago.
- Olavarría, J. (2001) *¿Hombres a la Deriva? Poder, Trabajo y Sexo*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile, Santiago.
- ONUSIDA (2001) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. ONUSIDA/OMS.
- Orellana, G. (2001) "Mujer, Sexualidad y VIH/SIDA". Ponencia presentada en el *Seminario Cuerpo y Sexualidad*, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, FLACSO, Santiago, octubre, 2001 (publicación en preparación).
- Palma, I. (1994) "Respuestas al SIDA, Propuestas a la Sexualidad. Notas para una Discusión" En: Valdés, T., Busto, M. *Sexualidad y Reproducción. Hacia la Construcción de Derechos*. CORSAPS, FLACSO, Santiago.
- Palma, I. (1996) "No Hay un Discurso que Facilite el Uso del Condón". Entrevista realizada por Adriana Gómez, Revista *Mujer y Salud N°2*, Santiago.
- Pavez, W.; Luco, A.; Guzmán, P.; Echeverría, B. (1990) "Actitudes de Varones Jóvenes hacia la

VII. ANEXOS

ANEXO 1: LA ENCUESTA*

1. ¿Cuál es su nombre de pila? _____
2. ¿En qué fecha nació usted? (día, mes, año) _____
3. ¿Cuál es su situación de pareja?
_ Sin pareja
_ Anda/pololea
_ Casada/conviviente
4. ¿En qué trabaja usted?

5. ¿En qué trabaja su pareja?

6. ¿Se ausenta su pareja por motivos laborales?
_ No
_ Sí. ¿Con qué frecuencia? _____
7. ¿Tienen hijos?
_ No
_ Sí. ¿Cuántos? _____
8. ¿Hasta qué curso llegó en el colegio?

* La encuesta fue diseñada utilizando el lenguaje que manejaban las mujeres, aún cuando éste no siempre era el más adecuado desde el punto de vista técnico.

9. ¿Cuál es su religión?

Católica

Testigo de Jehová

Evangélica

Ninguna

Protestante

Otra _____

10. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su casa?

11. En el último año, usted tuvo relaciones sexuales con:

Ninguna persona

Una persona

Más de una persona

12. ¿Usó condón las últimas veces que tuvo relaciones sexuales?

Sí, siempre

Sí, a veces

No

Si usted respondió "Sí, siempre", pase a la pregunta 14

Si respondió "Sí, a veces" o "no", responda la siguiente pregunta

13. ¿Cuáles son los tres motivos más importantes por los que no usó condón?

Me dio vergüenza pedirle a mi pareja que lo use

No lo consideré necesario

No me gusta que lo use

Es incómodo o molesto

Se siente menos placer

Sólo se usa con mujeres fáciles

Otra razón. ¿Cuál? _____

14. Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una X de la siguiente manera:

* Si la afirmación es **verdadera** marque con una X en la columna **V** (verdadero)

* Si la afirmación es **falsa** marque una X en la columna **F** (falso)

* Si **no sabe** marque una X en la columna **NS** (no sé)

Afirmación	V (Verdadero)	F (Falso)	NS (No sé)
El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a homosexuales, prostitutas y drogadictos			
El SIDA no "se pega" por tener sexo oral o anal			
Cualquiera puede "contagiarse" si usa el mismo baño o la máquina de afeitarse de un enfermo de SIDA			
Un buen aseo genital inmediatamente después de haber tenido sexo ayuda a prevenir el SIDA			
El SIDA se puede "contagiar" por darle un beso en la mejilla a una persona con el virus			

15. ¿Cuánto vale un paquete de tres condones?

16. ¿Cómo "se contagia" o "se pega" el SIDA?

17. ¿Cómo se evita o se previene el SIDA?

18. ¿Qué le pasa a una persona con SIDA?

19. ¿Es posible evitar adquirir el virus del SIDA?

_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____

20. ¿Se considera usted en riesgo de contraer el SIDA?

_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____

21. ¿Cree usted que alguno de sus amigos/as pudiera contraer el SIDA?

_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____

22. ¿Aceptaría hacerse un exámen para saber si tiene el virus del SIDA?
_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____
23. Si tuviera relaciones sexuales con una persona que no es su pareja habitual, ¿pensaría en el riesgo de que pudiera tener SIDA?
_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____
24. ¿Conversa con su pareja sobre el SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual?
_ Sí
_ No
25. Desde que se habla del SIDA, ¿ha notado cambios en la conducta sexual de su pareja?
_ Sí. ¿Cuáles? _____
_ Sí, pero pocos. ¿Cuáles? _____
_ No
26. ¿Cree posible que su actual pareja pudiera tener el virus del SIDA o que pudiera contraerlo?
_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____
27. ¿Cree que los métodos para evitar el embarazo protegen contra el SIDA?
_ Sí. ¿Cuáles? _____
_ No
_ No sé
28. ¿Cree usted que si se toman precauciones puede prevenirse el virus del SIDA?
_ Sí. ¿Por qué? _____
_ No. ¿Por qué? _____

29. ¿Cree usted que adquirir el virus del SIDA es cosa de mala suerte?

_ Sí. ¿Por qué? _____

_ No. ¿Por qué? _____

ANEXO 2: LA PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Nombre :

Fecha de Nacimiento :

1. ¿A qué se dedica usted?

2. ¿Tiene pareja, ya sea marido o pololo?

3. ¿Cuál es la actividad de su pareja?

4. ¿Tienen hijos? ¿Cuántos?

5. ¿Cómo se lleva con su marido? ¿Cómo anda la relación?

6. ¿Cuáles son los problemas y las cosas buenas de la relación?

7. ¿Cómo se llevan en la intimidad?

8. ¿Cómo se siente usted cuando está en la intimidad con su pareja?

9. ¿Tienen tranquilidad cuando quieren estar solos?

10. ¿Tienen períodos de separación con su pareja por trabajo?

11. ¿Cómo cree que se portan los hombres cuando están solos?
¿Y las mujeres?

12. ¿Usted tuvo otras parejas antes de la que tiene ahora?

13. ¿Cree usted que su pareja le ha sido infiel alguna vez?
14. ¿Ha conversado con su pareja sobre este tema?
15. ¿Usa algún método para prevenir el embarazo? ¿Cuál?
16. ¿Ha pensado que además del embarazo podría protegerse de otras cosas como por ejemplo del SIDA?

ANEXO 3: LA PAUTA DE FOCUS GROUP

1. ¿En qué trabajan ustedes? ¿En qué consiste su trabajo?
2. ¿Tiene pareja, ya sea marido o pololo?
3. ¿En qué trabajan sus parejas?
4. ¿Hay períodos en que sus parejas se ausentan por motivos de trabajo?
5. ¿Cómo se llevan con sus parejas? ¿Qué problemas tienen con ellos (afectivos, sexuales, de comunicación)?
6. ¿Cómo se llevan con sus parejas en la intimidad?
7. ¿Qué saben ustedes del SIDA?
8. ¿Ven al SIDA como algo lejano o cercano a ustedes?
9. ¿Conocen a alguien que tenga SIDA?
10. ¿Creen que alguna de ustedes alguna vez pudiera contraer el SIDA?
11. ¿Creen que deben cuidarse de contraer el SIDA?
12. ¿Toman medidas para prevenir el SIDA? ¿Cuáles?
13. ¿Se siente igual en la intimidad usando preservativos?

ANEXO 4: LOS CUADROS

Cuadro 1	Edad	
	Frecuencia	%
Entre 17 y 29 años	9	27%
Entre 30 y 39 años	11	36,6%
Entre 40 y 49 años	6	20%
Entre 50 y 59 años	4	13,3%
TOTAL	30	100%

Cuadro 2	Situación de Pareja	
	Frecuencia	%
Anda o pololea	6	20%
Con pareja	4	13,3%
Casada o conviviente	20	66,6%
TOTAL	30	100%

Cuadro 3	Ocupación	
	Frecuencia	%
Dueña de casa	10	33,3%
Encarnadora	14	46,6%
Otras	6	20%
TOTAL	30	100%

Cuadro 4	Ocupación pareja	
	Frecuencia	%
Pescador	18	60%
Cesante	5	16,6%
Otra actividad Portuaria	7	23,3%
TOTAL	30	100%

Cuadro 5	Ausencias pareja	
	Frecuencia	%
Sí	20	66,6%
No	10	33,3%
TOTAL	30	100%

Cuadro 6	Hijos	
	Frecuencia	%
Sí	30	100%
No	0	0%
TOTAL	30	100%

En total tienen 85 hijos, lo que da un promedio de 2,8 hijos por persona

Cuadro 7	Escolaridad	
	Frecuencia	%
Básica incompleta	8	26,6%
Básica completa	5	16,6%
Media incompleta	11	36,6%
Media completa	6	20%
TOTAL	30	100%

Cuadro 8	Religión	
	Frecuencia	%
Católica	26	86,6%
Evangélica	4	13,3%
TOTAL	30	100%

En sus casas viven un total de 178 personas, lo que da un promedio de 5,9 personas por cada hogar

Cuadro 9	Relaciones Sexuales último año	
	Frecuencia	%
Ninguna persona	0	0%
Una persona	30	100%
Más de una persona	0	0%
TOTAL	30	100%

Cuadro 10	Uso del condón	
	Frecuencia	%
Siempre	0	0%
A veces	3	10%
Nunca	27	90%
TOTAL	30	100%

Cuadro 11	Motivos no uso	
	Frecuencia	%
Me dio vergüenza	0	0%
No lo consideré necesario	18	45%
No me gusta que lo use	4	10%
Es incómodo o molesto	4	10%
Se siente menos placer	5	12,5%
Se usa con mujeres fáciles	0	0%
Otra razón	9	22,5%
TOTAL	40⁷⁰	100%

Cuadro 12	Verdadero		Falso		No sabe		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
El SIDA es una enfermedad que afecta sólo a homosexuales, prostitutas y drogadictos	5	4,4	18	16	0	0	23	20,4
El SIDA no se "pega" por tener sexo oral o anal	3	2,6	18	16	3	2,6	24	21,2
Cualquiera puede "contagiarse" si usa el mismo baño o la máquina de afeitar que un enfermo de SIDA	5	4,4	16	14,2	0	0	21	18,6
Un buen asco genital después de haber tenido relaciones sexuales ayuda a prevenir el SIDA	6	5,3	15	13,3	3	2,6	24	21,2
El SIDA se puede "contagiar" por darle un beso en la mejilla a una persona con el virus	1	0,8	19	16,9	0	0	20	17,7
TOTAL	20	17,5	86	76,4	6	5,2	112	100

Ninguna de las respondentes sabe cuánto vale un paquete de tres condones.

Cuadro 13	Vías de transmisión	
	Frecuencia	%
Sólo relaciones sexuales	9	30%
Relaciones sexuales y transfusiones de sangre	15	50%
Tener varias parejas	3	10%
Basar a alguien con SIDA	3	10%
TOTAL	30	100%

⁷⁰ El total corresponde a 40 ya que, en algunas encuestas, las mujeres respondían más de una alternativa.

Cuadro 14	Formas de Prevención	
	Frecuencia	%
Usar condones	8	26,6%
Tener una pareja	9	30%
No tener sexo	7	23,3%
Evitar contacto	2	6,6%
Saber con quién se mete	2	6,6%
No sabe	2	6,6%
TOTAL	30	100%

Cuadro 15	¿Qué le pasa a un seropositivo?	
	Frecuencia	%
Se enferma	10	33,3%
Se muere	7	23,3%
Lo rechazan	6	20%
"Contagia"	3	10%
No sabe	4	13,3%
TOTAL	30	100%

Cuadro 16	¿Es posible evitar adquirirlo?	
	Frecuencia	%
Sí	23	76,6%
No	7	23,3%
TOTAL	30	100%

Cuadro 17	¿Se considera en riesgo de adquirirlo?	
	Frecuencia	%
Sí	13	43,3%
No	17	56,6%
TOTAL	30	100%

El motivo más frecuentemente dado al hecho de no sentirse en riesgo es tener pareja estable.

Cuadro 18	¿Cree que un conocido pudiera estar en riesgo?	
	Frecuencia	%
Sí	19	63,3%
No	6	20%
No sabe	5	16,6%
TOTAL	30	100%

Cuadro 19	Si tuviera sexo con desconocidos pensaría en el riesgo del SIDA	
	Frecuencia	%
Sí	23	76,6%
No	7	23,3%
TOTAL	30	100%

El 100% de las entrevistadas aceptaría hacerse el examen para saber si tiene SIDA

Cuadro 20	¿Conversa de SIDA con su pareja?	
	Frecuencia	%
Sí	7	23,3%
No	23	76,6%
TOTAL	30	100%

Cuadro 21	¿Ha notado cambios conducta sexual de su pareja desde que se habla del SIDA?	
	Frecuencia	%
Sí	5	16,6%
No	25	83,3%
TOTAL	30	100%

Cuadro 22	¿Cree que su pareja pudiera estar "infectada" o en peligro?	
	Frecuencia	%
Sí	7	23,3%
No	23	76,6%
TOTAL	30	100%

Cuadro 23	¿Previenen el SIDA los métodos anticonceptivos?	
	Frecuencia	%
Sí	6	20%
No	15	50%
No sabe	9	30%
TOTAL	30	100%

Cuadro 24	¿Se puede prevenir el SIDA tomando precauciones?	
	Frecuencia	%
Sí	25	83,3%
No	5	16,6%
TOTAL	30	100%

Cuadro 25	¿Adquirir el SIDA es cosa de mala suerte?	
	Frecuencia	%
Sí	14	46,6%
No	16	53,3%
TOTAL	30	100%

ANEXO 5. LOS TALLERES

En base a la información recogida tanto a través de las metodologías cuantitativas como cualitativas realizamos el diseño de cuatro talleres para dos grupos de mujeres, los cuales finalmente se transformaron en cinco para cada grupo, es decir un total de diez. Los motivos que llevaron a incluir un taller adicional para cada grupo de mujeres tuvo que ver con el interés que despertó la asistencia de una persona seropositiva que entregue su propia visión de qué es vivir con VIH/SIDA. Además, este taller permitió entregar conocimientos básicos sobre tratamientos antirretrovirales.

Los grupos con los cuales se realizaron los talleres fueron la "Rama Femenina" del Sindicato de Pescadores Artesanales Independientes de la Caleta de San Pedro y el Sindicato de Encarnadoras Independientes "El Coral". Los talleres tuvieron lugar entre los meses de agosto y septiembre de 2000 y su duración aproximada fue de una hora y media a dos horas. En el caso de un grupo se desarrollaron en el Sindicato de Pescadores Independientes y, en el caso del otro grupo, en la casa de una de las integrantes del Sindicato de Encarnadoras.

La modalidad de trabajo en los talleres fue activo participativa donde él o la responsable del taller trataba de construir el conocimiento a partir de las propias experiencias de las mujeres y en un lenguaje acorde con su realidad social y cultural. Entre las técnicas que se trabajaron se encontraron la lectura de testimonios, la visión de videos educativos, técnicas corporales, las expresiones gráficas, los testimonios de personas viviendo con VIH/SIDA y el uso de técnicas de simulación y role playing.

Los objetivos, contenidos y responsables⁷¹ de los talleres se detallarán a continuación:

Taller 1: Cuerpo y Sexualidad

Objetivo: favorecer la reflexión sobre las características de la sexualidad femenina a través de técnicas corporales y del análisis del dibujo que las mujeres realizan de sus propios cuerpos.

Contenidos

- * Representación gráfica del propio cuerpo
- * Análisis de las partes del cuerpo y de sus funciones
- * Análisis del ocultamiento de las partes del cuerpo vinculadas con la sexualidad y de la circunscripción de sus funciones a lo reproductivo
- * El tabú de los genitales femeninos
- * Técnicas de relajación y de respiración

Responsables: Claudia Dides⁷² y Soledad Pérez⁷³

⁷¹ Las actividades profesionales realizadas por las personas encargadas de los talleres corresponden a las que tenían al momento de realización de la investigación.

⁷² Socióloga, diplomada en Género y Cultura en América Latina, docente de la Universidad de Santiago de Chile.

⁷³ Psicóloga especialista en violencia intrafamiliar.

Taller 2: Género y Empoderamiento

Objetivo: analizar las implicancias prácticas de la introducción de la perspectiva de género y de los Derechos Sexuales y Reproductivos en los diversos ámbitos de la vida social.

Contenidos

- * Diferencias entre hombres y mujeres
- * Origen de las diferencias
- * Socialización y educación
- * Situación actual del movimiento de mujeres
- * Derechos Sexuales y Reproductivos

Responsable: Carla Donoso⁷⁴

Taller 3: VIH/SIDA

Objetivo: entregar conocimientos básicos sobre las características del VIH/SIDA, sobre sus formas de transmisión y técnicas de prevención.

Contenidos:

- * Características distintivas del VIH en relación a otro tipos de virus
- * Formas en que es posible adquirir el VIH/SIDA
- * Pruebas de detección del virus
- * Técnicas de prevención
- * Uso correcto del preservativo

Responsable: Gloria Daroch⁷⁵

⁷⁴ Antropóloga Social del Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile.

⁷⁵ Enfermera del Programa de SIDA del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Taller 4: Magnitud de la Epidemia y Negociación Sexual

Objetivo: fomentar la percepción de riesgo y, entregar técnicas de negociación de sexo seguro.

Contenidos

- * Video educativo
- * Debate sobre el video
- * Magnitud de la epidemia en la V región
- * Mujer y VIH/SIDA
- * Técnicas de negociación de sexo seguro

Responsable: Francisco Vidal⁷⁶

Taller 5: VIH/SIDA y No Discriminación

Objetivo: promover la tolerancia y la no discriminación de quienes viven con VIH/SIDA a través del testimonio de un joven seropositivo.

Contenidos:

- * Presentación agrupación VIVO POSITIVO, Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA
- * Derechos Ciudadanos de las personas con VIH
- * Sexualidad y seropositividad
- * Tratamientos antirretrovirales

Responsable: Luis Zambrano⁷⁷

⁷⁶ Magister en Sociología del Programa de Sexualidad y SIDA de la Corporación Ayun y docente de Universidad ARCIS.

⁷⁷ Activista de VIVO POSITIVO, Coordinadora Nacional de Quienes Viven y Trabajan con VIH/SIDA, miembro de la Directiva de la agrupación «Por la Vida» del Hospital Sótero del Río.

La experiencia resultante del trabajo de talleres fue muy positiva en términos de la convocatoria que tuvieron y del interés y seriedad con que las mujeres abordaron distintas temáticas vinculadas con su vida sexual. Cabe destacar la atención puesta en las distintas actividades programadas y las positivas evaluaciones que se realizaron de los talleres. No obstante, quedamos con la sensación de haber hecho poco en relación a lo que se podría haber hecho si hubiésemos contado con los recursos necesarios para ello y a las necesidades que tienen las mujeres de información y de espacios para intercambiar sus experiencias.