

SCHERR, A. (2002). *Soziologische Systemtheorie als Grundlage einer Theorie der Sozialen Arbeit*. Consultado el 1 de noviembre de 2012, desde http://w3mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/forschungpublikationen/lehrrmaterialen/dokumente_112/sagebiel_1/Scherr-2002_SozSystemtheorie_als_Grundlage_einer_Theorie_d_SA-Luhmann.pdf

VEMON, D. & FURLONG, D. (2008). *Relativistic Ontologies, Self-Organization, Autopoiesis, and Artificial Life: A Progression in the Science of the Autonomous*. Essay 4, Part II: A Scientific Development. Dublin: Trinity College Press.

WAGNER, T. (2006). *Die Soziale Arbeit der Sozialen Arbeit? – Ein kurzer Blick auf die (Selbst-) Beobachtung eines Funktionssystems*. Consultado el 1 de noviembre de 2012, desde http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/soziale_arbeit_der_sozialen_arbeit.pdf

Representaciones sociales del VIH-SIDA en la Región del Maule, Chile

Social representations of HIV/AIDS in the Maule Region, Chile

ÓSCAR LABRA, PH.D.

Profesor Departamento de desarrollo humano y social. Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue 445, boulevard de l'Université. Rouyn-Noranda (Quebec) J9X5E4. Teléfono: 819-762-0971 (2335). Fax: 819-797-4727. Correo: oscar.labra@uqat.ca

SERGE DUMONT PH.D.

Director Científico CSSS de la Vieille-Capitale, 880, rue Père-Marquette, 3^{er} piso Quebec (Quebec) G1S 2A4. Teléfono: 418-681-8787, poste 3964. Fax: 418 687-9694. Correo: serge.dumont@svs.ulaval.ca

Resumen

El objetivo de la presente investigación consistió en producir una descripción de las representaciones sociales del VIH-SIDA tal cual son culturalmente construidas y compartidas al interior de los Servicios de Salud de la Región del Maule, Chile. Esta investigación cualitativa, demuestra que las representaciones sociales del VIH-SIDA en el Maule se elaboran y se estructuran bajo la influencia de procesos socioculturales en el seno comunitario y que las representaciones siguen siendo perjudiciales para las personas que viven con el VIH-SIDA (PVIH-SIDA). No obstante, el discurso de los profesionales de la salud y los pacientes revela cambios positivos observados en los equipos de cuidados de primera línea, donde la práctica médica en esta población vulnerable sería más valorizada y menos estigmatizada. Los que reciben atención en salud manifiestan sentirse bien acogidos y escuchados. Las actitudes hacia ellos serían más respetuosas de parte de los profesionales de los equipos en VIH del Maule dadas las distintas formas de sufrimiento que las PVIH-SIDA vivencian cotidianamente.

Palabras clave. representaciones sociales, profesionales de la salud, PVIH-SIDA.

Abstract

The aim of the study is to provide an overview of social representations of HIV/AIDS as they are culturally constructed and shared within the social and health services environment in central Chile's Maule Region. This qualitative study demonstrates that sociocultural processes influence the elaboration and structuring of social representations of HIV/AIDS in Maule Region communities and that those representations continue to be prejudicial towards people living with HIV/AIDS (PLHIV/AIDS). However, the testimonies of health professionals and patients alike, reveal positive changes among first line health care personnel that have led to the increased valorization and reduced stigmatization of care delivered to this vulnerable population. People receiving some care for HIV/AIDS in their health express some feelings of being understood and comforted. Attitudes forward these people would be more respectful from professional of the HIV team at the Maule given the different ways of suffering that PVIH-SIDA live commonly.

Key words. Social representation, health professionals, PLHIV/AIDS.

Introducción

No hay duda de que el VIH-SIDA constituye un verdadero problema social en Chile, como en otras partes del mundo. Ahora bien, la construcción simbólica de la pandemia ha afectado no solo la vida de las PVIH-SIDA sino también la de los equipos en VIH. Los estudios que se interesaron específicamente sobre la relación entre pacientes VIH y equipos en VIH lo muestran bien (Goodwin *et al.* 2003; Curtis y otros, 2000; Watney, 1989). La estigmati-

zación y la discriminación favorecen el aislamiento, comprometen el apoyo social hacia ellos. Además, la exposición pública de la seropositividad de las PVIH-SIDA es perjudicial para la mantención del empleo y crea obstáculos en la atención de cuidados en salud (Chan *et al.* 2008; Teixeira et Silva, 2008; Varas-Díaz et Marzán-Rodríguez, 2007; Chan et Reidpath, 2007; Kinsler *et al.* 2007; Fiscella *et al.* 2004). La literatura sugiere la presencia de actitudes discriminatorias basadas en prejuicios referentes a

los comportamientos sexuales de ciertos grupos, sobre las enfermedades transmisibles sexualmente, sobre la homosexualidad, sobre la prostitución y el consumo de drogas duras (Zelaya y otros 2008; Ostrom y otros 2006; Ramírez-Valles, 2005; Kathleen, 2002; Preston y otros 2000). La gravedad de la pandemia, los retos que la rodean a nivel científico y las complicaciones que ello implica en las PVVIH/SIDA son todos factores que contribuyen a colocarlos en una categoría social diferente del resto de los grupos sociales.

Las investigaciones que, desde el descubrimiento de esta pandemia, intentaron describir las representaciones sociales que le son asociadas al VIH-SIDA, revelan que las PVVIH-SIDA son víctimas de una actitud desfavorable basada en creencias falsas preexistentes, tanto en el medio de la salud como en el espacio público en general (Andrewin y Li-Yin, 2007; Juhasz, 1995; Páez y otros 1991). Así, esta investigación se basó en la teoría de representaciones sociales. Varios son los estudios que destacan la pertinencia de esta teoría para estudiar el VIH-SIDA. Por ejemplo, estudios sobre las representaciones sociales de la salud y de la enfermedad (Jodelet, 1989), sobre las representaciones del VIH-SIDA en los medios de comunicación (Joffe, 1995), y en grupos infectados en el curso de la historia de la pandemia (Brasileiro et Freitas, 2006; Joffe, 1996; Weeks, 1989; Albert, 1986).

Para Herzlich (1972), la representación social es un proceso de construcción de lo real que actúa simultáneamente sobre el estímulo y la respuesta; la representación orienta esta en la medida en que ella es modelada por el estímulo. La representación social tiene un efecto determinante sobre la manera en la que es otorgada la atención y cuidados a las PVVIH-SIDA tanto por los equipos en VIH como por los funcionarios del sistema de sistema de salud en general. Por esta razón, ha sido de nuestro interés conocer las representaciones sociales en el medio ambiente de los equipos en VIH del Servicio de Salud del Maule y la influencia de las representaciones en la relación médica entre estos equipos de profesionales y las PVVIH-SIDA allí atendidas.

Material y método

Dado que esta investigación se apoyó conceptualmente en la teoría de las representaciones sociales, un estudio descriptivo de naturaleza cualitativa fue privilegiado. Su objetivo fue de describir las representaciones sociales del VIH-SIDA tal cual son culturalmente construidas y compartidas al interior de los Servicios de Salud de la Región del Maule,

Chile. En él participaron 28 PVVIH-SIDA que se atienden en los servicios de VIH de la región del Maule (15 hombres y 13 mujeres) y 11 profesionales de los equipos de VIH de esta región (9 mujeres y 2 hombres). Para reclutar a los participantes se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. El instrumento de recolección de datos utilizado fue la entrevista semiestructurada en su modalidad individual. El contenido de las entrevistas fue registrado en banda-audio, y posteriormente. Los análisis del material recogido se inspiraron en la metodología de Strauss y Corbin (1990), pasando por la codificación, la clasificación y el establecimiento de relaciones entre las diversas categorías establecidas en las dos primeras etapas propuestas por los autores.

El número de PVVIH-SIDA y de profesionales de los equipos en VIH entrevistados permitió alcanzar el criterio de “saturación” y de “diversificación externa”. La recolección de datos se desarrolló entre los meses de julio y septiembre de 2006, en los tres hospitales que ofrecían atención y cuidados en VIH en la región a la fecha de realización de esta investigación: el Hospital Regional de Talca, el Hospital San Juan de Dios de Curicó y el Hospital Base de Linares. La investigación contó con el consentimiento del Comité de Ética de la Universidad Laval (CERUL), del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud de Maule y de las autoridades administrativas y médicas de los tres hospitales.

Esta investigación implica algunos límites en lo que concierne al análisis de datos. A este respecto, aunque las entrevistas permitieron recoger una cantidad importante de información sobre las representaciones sociales del VVIH-SIDA en la región del Maule, el número de participantes no permite una generalización.

Resultados

Los resultados muestran una cierta divergencia en la imagen que tienen los profesionales de los equipos en VIH sobre la pandemia, de aquella que tienen las PVVIH-SIDA. Lo anterior, tanto en el espacio de lo social como en el de lo clínico. Para los primeros, el VIH-SIDA adquiere la imagen de “enfermedad crónica y única”: *“El tratamiento que existe hoy día, no es tal vez el tratamiento ideal digamos (...) lo que tenemos hoy en día, es la posibilidad de ofrecerles a los pacientes la posibilidad de transformar su patología en una patología crónica”* (Profesional, 5), mientras que para las PVVIH-SIDA la imagen de una “muerte potencial” está presente en sus discurso. A nivel social, es interesante constatar que los profesionales de los

equipos en VIH asocian la pandemia a comportamientos sexuales de tipo “desviado” o incorrecto. Sin embargo en las PVVIH-SIDA, encontramos una imagen asociada a experiencias de estigma que están al origen de numerosas perturbaciones en su diario vivir.

Las perspectivas hacia el futuro que presentan las PVVIH-SIDA, son diferentes según el sexo de los participantes en la investigación. 11 de las 13 mujeres expresan el deseo ya sea de construir una familia, de ver crecer a sus hijos o de poder desarrollarse en lo laboral: *“Todo lo que tengo que hacer lo hago, pienso en que hoy es posible vivir mucho más y ello es bueno para mí porque me abre otras posibilidades como por ejemplo tener una familia (...), pienso también en el futuro como un profesional a lo mejor en algunos años más”* (Paciente, 4). En el caso de los hombres, (todos sin excepción), anticipan un futuro difícil, donde se ven aislados socialmente y enfermos confinados a una cama. *“(…) No pudo pasarme nada peor, ¡porque un camión o un tractor que me pase por encima comparado a esto que tengo no es nada! Además, que decir de lo compleja que es esta cosa que tengo –un día estás bien otro te estás muriendo, un resfrío que te agarre hay que cuidarlo si no, pasa a mayores”* (Paciente, 10).

El discurso de los profesionales de los equipos en VIH y de las PVVIH-SIDA presentan convergencias interesantes respecto a las actitudes con respecto al VIH-SIDA. Los profesionales de los equipos en VIH que otorgaban atención y cuidados médicos a las personas infectadas por el VIH, durante el periodo 1985 a 2000, indican que vivenciaban un cierto temor a infectarse cuando debían atender a un paciente VIH, lo que se traducía en conductas negativas hacia estos últimos. Lo anterior es coincidente al discurso de las PVIH-SIDA entrevistadas. Ellos dan testimonio de haber sido víctimas de comportamientos o actitudes de rechazo de la parte de los profesionales de primera línea. Durante el periodo que va desde el 2000 hasta nuestros días, y según el discurso del 100% las PVIH-SIDA entrevistadas, un enfoque de intervención más integrador y global hacia las PVVIH-SIDA comienza a instalarse progresivamente en la práctica de los profesionales de los equipos en VIH del Maule. En este sentido, tanto el discurso de los profesionales de los equipos en VIH como de las PVVIH-SIDA hablan de una práctica profesional “integradora y comprometida con el paciente” que favorece la entrega de atención y cuidados de calidad, por ejemplo el escuchar sus problemas, la existencia de una comunicación abierta y comprensiva, la posibilidad de dar el tiempo necesario para plantear inquietudes o inte-

rrogantes por parte de los pacientes, etc.: *“Creo que dentro del equipo tratante (...), yo creo que los tratamos con mucho más atención. Nos preocupamos de ellos a veces un poco más de lo que concierne a nuestras obligaciones y nos implicamos grandemente con ellos con su enfermedad y con su persona (...) Porque al verlos tan maltratados por la sociedad, intentamos crear un espacio donde ellos se sienten un poco más en comodidad, donde se sienten un poco mejor”* (Profesional, 6).

Una PVVIH-SIDA, por su parte, indica a este efecto: *“Yo me siento muy bien con las personas que me atienden acá en el hospital desde que yo me contagié con esto. Siempre me saludan de beso en la cara y uno así no se siente no discriminado. La doctora me pregunta siempre cómo yo me siento, qué ha pasado entre el último control médico y este, ¡todo! Yo tengo mucha confianza en ella (...) y sin ir más lejos, yo creo que este es el sentimiento de todos con quienes converso cuando vengo a mis controles”* (Paciente, 7).

Discusión

El cambio de representación del VIH-SIDA de “enfermedad mortal” a “enfermedad crónica” es visto de manera positiva en los profesionales de los equipos en VIH. Ello les ha permitido encontrar lo que Méchin (1999) llama el poder de sanidad “perdido” de los equipos en VIH. La transformación de la representación de “enfermedad mortal” a “enfermedad crónica”, da cuenta de un cambio en la representación que es principalmente consecuencia de la baja significativa en la mortalidad vinculada al SIDA (Wells, 2009; Mosack et al. 2009; Quinn, 2008; Jahn et al. 2008; Peterson et al. 2008). Sin embargo, para las PVVIH-SIDA esta transformación de la representación del VIH-SIDA, no es representada de la misma forma que para los profesionales de los equipos en VIH, ya que el VIH-SIDA es todavía para los entrevistados una “enfermedad mortal”. La gravedad de la pandemia y el estigma asociado a ella contribuyen a mantener el dolor y la angustia en la vida de las PVVIH-SIDA. La “llegada” de la enfermedad a sus vidas la ha transformado para siempre. Así, la amenaza de muerte que inspira el VIH-SIDA sobreviene como una representación que está muy presente en el discurso de las PVVIH-SIDA. La muerte se convierte en una situación angustiante, que toma dos formas. La primera, la de la muerte física o biológica, que “habita en ellos” y que se manifestará tarde o temprano. El segundo, la de la “muerte social”, que se traduce en el abandono, el aislamiento en las relaciones sociales con su entorno (Labra et Neira, 2008). Así, la muerte social y la muerte física “hermanas inseparables”, forman

parte del diario vivir de las PVVIH-SIDA.

Testimonios presentados sobre el futuro, ponen en perspectiva el hecho de que las PVVIH-SIDA se ven “comprometidas” en un perpetuo combate contra su enfermedad, lo que demuestra una actitud de lucha por la vida. Esta actitud se observa sobre todo en las PVVIH-SIDA de sexo femenino, que son madres o que desean construir una familia y dar un sentido a sus vidas a través de la maternidad. Lo anterior se opone a los resultados obtenidos en la investigación de Fortin et Lévy (2003) que evocan la idea de “castración genética” en mujeres que viven con VIH participantes en su estudio. En nuestro caso, existe más bien un fuerte deseo de procrear en respuesta a la amenaza de muerte producida por el VIH-SIDA. Este sentimiento de tener hijos a pesar de saberse viviendo con VIH-SIDA es comprensible dada la baja tasa de infección observada en Chile en niños nacidos de madres infectadas por VIH y que participan de la triterapia (ONUSIDA, 2009).

Por otro lado, la actitud de apertura de los profesionales de los equipos en VIH participantes en el estudio hacia las PVVIH-SIDA que reciben atención y cuidados en los servicios de VIH del Maule, nos indica que un cambio de representación del VIH-SIDA ha tenido lugar. Ello da testimonio de una representación en movimiento, una representación que evoluciona en el tiempo. Al principio, se trataba de una imagen de peligro asociada a la pandemia que alimentaba el miedo en todos aquellos que atendían a los primeros casos de infección por VIH. A eso se añadían las primeras representaciones sociales en torno al VIH-SIDA que fueron muy asociadas a ciertas poblaciones marginalizadas (Celentano *et al.* 2008; Burkholder *et al.* 2007; Thomas, 2006; Herek, 2004; Lupton, 1994; Gilman, 1987), también a la existencia de actitudes moralizadoras (Echebarría et Páez, 1989; Herek et Glunt, 1988; Markova et Wilkie, 1987), y a representaciones alimentadas por una sexualidad pecadora (Strong, 1990; Velimirovic, 1987). Estas representaciones mencionaban la idea de una “peste rosada”, así como de una enfermedad o “peste gais” (Mays y Cochran, 1988). Conjunto de expresiones difundidas arduamente en los medios de comunicación durante el primer decenio del VIH-SIDA (Nengeh, 2003). Hoy la enfermedad se asocia más bien a otros grupos de riesgo de infección como son los jóvenes, los heterosexuales y las mujeres (MINSAL, 2012; ONUSIDA, 2009), lo que parece haber facilitado en los últimos años una apertura de los profesionales de los equipos en VIH del Maule hacia las PVVIH-SIDA.

Estos resultados son la prueba de cambios que comienzan a observarse en relación a la difícil realidad de las PVVIH-SIDA durante las décadas precedentes. Las investigaciones de Roberts (2002); Sullivan y otros (2000) muestran resultados similares a los de este estudio. A este respecto, nos podemos preguntar si estamos asistiendo a la aparición de una representación de equipos en VIH “héroes”, es decir, de los nuevos “héroes del humanismo” ¿Es que ello les otorga un reconocimiento envidiable en el seno médico?

Conclusión

El objetivo de la investigación consistió en describir las representaciones sociales del VIH-SIDA tal cual son culturalmente construidas y compartidas al interior de los Servicios de Salud de la región del Maule, Chile. Acá, es esencial remarcar que un cambio de actitud por parte de los profesionales de los equipos en VIH hacia las PVVIH-SIDA comienza a tener lugar en los servicios de salud del Maule. Eso nos conduce a pensar que hay una concepción dinámica que evoluciona con el tiempo en la representación social del VIH-SIDA. A pesar de eso, este cambio de actitud no es generalizado en el medio hospitalario. Este último no está adaptado para facilitar la integración de las PVVIH-SIDA, la excepción a la norma son los equipos en VIH. Ahora bien, las representaciones sociales del VIH-SIDA en el Maule se elaboran y se estructuran bajo la influencia de procesos socioculturales. Se destaca que las representaciones construidas en torno al VIH-SIDA han sido determinantes en la forma de comprender y aceptar la pandemia al interior de los distintos espacios de salud. Así, el curso de la representación social del VIH-SIDA que evoluciona con el tiempo, se presenta de manera determinante en la manera en que los equipos en VIH comprenderán y actuarán en su rol de atención y cuidados globales a las PVVIH-SIDA.

Bibliografía

- ANDREWWIN, A. & C. LI-YIN (2007). Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(11), 897-906.
- ALBERT, E. (1986). Acquired immune deficiency syndrome: the victim and the press, *Studies in Communication*, 3, 135-58.
- BRASILEIRO, M. & M. FREITAS (2006). Social representations about aids in people over 50, infected by HIV. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 14(5),789-795.

- BURKHOLDER, G.L., HARLOW & J-L WASHKWICH (2007). Social Stigma, HIV/AIDS Knowledge, and Sexual Risk. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4(1), 27-44.
- CELENTANO, D., C. BEYRER, W. DAVIS, & C. DEL RIO, (2008). The HIV/AIDS Epidemics of the Americas. *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries*.
- CHAN, K., A. STOOVE, L. SRINGERNYUANG & D. REIDPATH (2008). Stigmatization of AIDS Patients: Disentangling Thai Nursing Students' Attitudes Towards HIV/AIDS, Drug Use, and Commercial Sex. *AIDS Behavior*, 12, 146-157.
- CHAN, K. & D. REIDPATH (2007). Stigmatization of patients with AIDS: Understanding the interrelationships between Thai nurses' attitudes toward HIV/AIDS, drug use, and commercial sex. *AIDS Patient Care STDs*, 21(10), 743-755.
- CURTIS, J.R., D.L. PATRICK, E.S. CALDWELL & A.C. COLLIER (2000). Why Don't Patients and Physicians Talk About End-of-Life Care?. Barriers to Communication for Patients With Acquired Immunodeficiency Syndrome and Their Primary Care Clinicians. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1.690-1.696.
- ECHEBARRÍA, A., & PÁEZ R. (1989). Social representations and memory: The case of AIDS. *European Journal of Social Psychology*, 19, 543-551.
- GILMAN, S. (1987). Setting the AIDS Patient in Disease and Representation: Images of illness from Madness to AIDS. London: Cornell University Press.
- FISCELLA, K., S. MELDRUM, P. FFRANKS, C.G. SHIELD, P. DUBERSTEIN, S.H. MCDANIEL & D.M. EPSTEIN (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 42(11), 1.049-1.055.
- FORTIN, C. ET J. LÉVY (2003) Mourir à trop aimer : Sexualité VIH-sida et prévention dans l'imaginaire des jeunes Québécois Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- GOODWIN, R., A. KWIATKOWSKA, A. KOZLOVA, L. NGUEN LUU, & G., NIZHARADZE; A., RAROLF, A.K. ULVETF & A.R. AMMER. (2003). Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1.373-1.384.
- HEREK, G-M. (2004). *Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. Sexuality Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- HEREK, G-M. & GLUNT, E. K. (1988). An epidemic of stigma. Public reactions to AIDS. *The American Psychologist*, 43, 886-891.
- HERZLICH, C. (1972), in Serge MOSCOVICI, *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse.
- JAHN, A., S. FLOYD, A.C. CRAMPIN, F. MWAUGULU, H. MVULA, F. MUNTHALI, N. MCGRATH, J. MWA-

- FILASO, V. MWINUKA, B. MANGONGO, P.E. FINE, B. ZABA & JR. GLYNN (2008). Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 371(9.624), 1.603-1.611.

- JODELET, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses universitaires de France.
- JOFFE, H. (1996). AIDS research and prevention: a social representational approach. *British Journal of Medical psychology*, 69(3), 169-190.
- JOFFE, H. (1995). Social Representations of AIDS: Towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4(1), 29-40.
- JUHASZ, A. (1995). AIDS TV: indentity, community, and alternative video. Videographye by Catherine Saalfield. Londres: Duke University Press.
- KATHLEEN, J. (2002). Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication Adherence among HIV-infected adults attending a public health clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(1), 43-50.
- KINSLER, JJ., MD. WONG, JN. SAYLES, C. DAVIS & W.E. CUNNINGHAM (2007). The Effect of Perceived Stigma from a Health Care Provider on Access to Care Among a Low-Income HIV-Positive Population. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(8), 584-592.
- LABRA, O. ET C. NEIRA (2008). Percepción de las personas sintomáticas de VIH-sida de la Política de Salud Chilena. Caso de la Región del Maule. *Revue de Travail social, Un espace critique pour la réflexion en Travail social*, Université Centrale, Santiago, Chili, N° 3-année.
- LUPTON, D. (1994). Moral Threats and Dangerous Desires: AIDS in the News Media. London: Taylor and Francis.
- MARKOVA, I. & P. WILKIE (1987). Representations, concepts and social change: The phenomenon of AIDS. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 17(4), 389-409.
- MAYS, V., & S. COCHRAN (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by Black and Hispanic/Latina women. *American Psychologist*, 43(11), 949-957.
- MÉCHIN, N. (1999). *Médecin, Soigné, sida : Une rencontre*. Paris: L'Harmathan.
- MINSAL (2012). Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile. Enero de 2010 – Diciembre de 2011 [en línea] <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/file,68496,fr..pdf> Consultado el 4 d julio de 2012.
- MOSACK, K., W. LANCE, K. JEFFREY, C. GORE-FELTON, T. MCAULIFFE, M. JOHNSON, R. REMIEN, M. ROTHERAM-BORUS, A. EHRHARDT, M. CHESNEY & S. MORIN (2009). Influence of Coping, Social Support, and Depression on Subjective Health Status

- Among HIV-Positive Adults With Different Sexual Identities. *Behavioral Medicine*, 34(4), 133-144.
- NENGEH, M. (2003). Ni vues ni connues? Femmes, VIH, Médias. Montréal: Les éditions du remue-ménage.
- ONUSIDA (2009). Le point sur l'épidémie du sida, décembre. [en línea] http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_fr.pdf, consultado 15 de enero 2010.
- OSTROM, A., M. SEROVICH, J. LIM & T. MASON (2006). The role of stigma in reasons for HIV disclosure and non-disclosure to children, *AIDS Care*, 18(1), 60-65.
- PÁEZ, D., ECHEBARRÍA, A., VALENCIA, J., ROMO, I., SAN JUAN, C., & VERGARA, A. (1991). AIDS social representations: Contents and processes. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 89-104.
- PETERSON, S., C. MARTINS & J. COFRANCESCO (2008). Lipodystrophy in the patient with HIV: social, psychological, and treatment considerations. *Aesthetic Surgery Quarterly*, 28(4), 443-51.
- PRESTON, D.B., E.M. FORTI, C. KASAD & P.B. KOCH (2000). Personal and social determinants of rural nurses' willingness to care for persons with AIDS. *Research in Nursing Health*, 23, 67-68.
- QUINN, T. (2008). HIV epidemiology and the effects of antiviral therapy on long-term consequences. *AIDS*, 22(3), S7-12.
- RAMÍREZ-VALLES J., S. FERGUS, C. REINSEN, P. POPPEN & M-C ZEA (2005). Confronting Stigma: Community Involvement and Psychological Well-Being Among HIV-Positive Latino Gay Men. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27(1), 101-119.
- ROBERTS, J.K. (2002). Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(1), 43-50.
- STRONG, P. (1990). Epidemic psychology: a model. *Sociology of Health & Illness*, 12(3), 249-259.
- STRAUSS, A. & J. CORBIN (1990). *Basic of Qualitative Research. Grounded theory Procedures and Techniques*, Newbury Park California: Sage Publication.
- SULLIVAN, L.M., J.B. SAVETSKY & J.H. SAMET (2000). The doctor-patient relationship and HIV-infected patients' satisfaction with primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 462-469.
- TEIXEIRA M.G. & G.A. SILVA (2008). Representation of the HIV carriers about antiretroviral treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42(4), 729-736.
- THOMAS, F. (2006). Stigma, fatigue and social breakdown: Exploring the impacts of HIV/AIDS on patient and carer well-being in the Caprivi Region, Namibia. *Social Science & Medicine* 639(12), 3.174-3.187.
- VARAS-DÍAZ, N. & M. MARZÁN-RODRÍGUEZ (2007). The emotional aspect of AIDS stigma among health professionals in Puerto Rico. *AIDS Care*, 19(10), 1.247-1.257.
- VELIMIROVIC B. (1987) AIDS as a social phenomenon. *Social Science & Medicine*. 25(6), 541-552.
- WALTER, F., (1988). AIDS 1988: The science and the limits of science. *American Psychologist*. 43(11), 853-858.
- WEEKS, J. (1989). AIDS : The intellectual agenda, in *AIDS : Social representation, Social Practices*, Lewes, East Sussex, England : Falmer Press.
- WELLS, B. (2009). The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 18, 1-5.
- ZELAYA, C., S. SIVARAM, S. C. JOHNSON, A. K. SRIKRISHNAN, S. SOLOMON & D. CELENTANO (2008). HIV/AIDS Stigma: Reliability and Validity of a New Measurement Instrument in Chennai, India. *AIDS and Behaviors*, 12(5), 781-788.

Repensando la política de salud y pueblos indígenas a partir de la experiencia en el CESFAM Rodelillo ¿qué es lo intercultural de la interculturalidad en salud?

Re-thinking health policy and indigenous people from CESFAM Rodelillo's experience: What is the intercultural of the intercultural health?

MARIO CATALÁN CATALÁN

Trabajador Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

• Programa de Intervención Breve Villa Alemana, Corporación SERPAJ-Chile. (Desde Abril 2012 a la fecha)

• Centro de Educación en Ecología y Desarrollo Humano JUBAEA.

Correo electrónico: mariocatalan.c@gmail.com Dirección postal: Calle Yungay #2549, Depto. 144, Valparaíso, Chile.

Resumen

El desafío es repensar lo que se entiende por salud intercultural en Chile; quizás este término ha sido sobreutilizado por la política de salud para referirse a estrategias de integración de la cultura del usuario al proceso de atención, las cuales se orientan a relaciones interétnicas entre sujetos con distinta pertenencia cultural, y no a relaciones interculturales, que consisten en la interacción, relación, negociación, diálogo y/o préstamos recíprocos de sujetos con mallas de significado diversas. A partir de la interpretación de significados construidos por sujetos implicados en la atención de medicina mapuche en una realidad particular, se invita a reflexionar sobre la siguiente pregunta: ¿se ha cuestionado la política de salud sobre la influencia en la práctica médica mapuche que, en el momento de la atención, el machi y el usuario se encuentren separados por un escritorio o que la duración de la atención sea de quince minutos, considerando que ello no es propio de dicha práctica ancestral?

Palabras clave. *Interculturalidad en salud, cultura mapuche, política de salud y pueblos indígenas, significados.*

Abstract

The challenge is to re-think what is understood by intercultural health in Chile; perhaps the term has been overused by health policy to refer to integration strategies of the user's culture to the process of care, which are oriented to interethnic relations among subjects with different cultural belonging, and not to intercultural relations, which consist in interaction, relationship, negotiation, dialogue and / or reciprocal borrowings of subjects with diverse meaning meshes. From the interpretation of meanings constructed by individuals involved in the Mapuche medical attention in a particular situation, this article invites to reflect on the following question: has health policy questioned itself about its influence in the medical Mapuche practice and in the fact that, at the time of care, machi and the user are separated by a desk or that the attention lasts fifteen minutes considering that this is not part of this ancestral practice?

Key words. *Intercultural health, Mapuche culture, health policy and indigenous people, meanings.*

Este artículo tiene como base una investigación cualitativa de tipo comprensiva-interpretativa realizada como Memoria para optar al Título de Trabajo Social y el Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso dicho estudio se desarrolló aproximadamente entre el mes de marzo de 2011 hasta enero de 2012. Para la realización de dicha investigación se realiza una vinculación con la Asociación Indígena Rayen Foye (Lof Cheuque), ubicada en el sector de Rodelillo, ciudad de Valparaíso y con el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA).