

Una aproximación cualitativa  
a la **prevención**  
**del VIH-Sida**  
en dos comunidades  
nativas de Ucayali





Una aproximación cualitativa  
a la **prevención**  
**del VIH-Sida**  
en dos comunidades  
nativas de Ucayali



## Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali

© Ministerio de Salud  
© Fondo de Población de las Naciones Unidas

### Consultoras

Julia Campos Guevara  
Margarita Guevara Arce  
Magaly Nóbrega Mayorga

### Edición

Instituto de Educación y Salud

**Cuidado de edición:** Rocío Moscoso

**Diseño de carátula:** Paco San Martín

**Diseño y diagramación:** LuzAzul Gráfica

**Impresión:** Editorial y Gráfica EBRA e.i.r.l

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2009-08312

El contenido de esta publicación se desarrolló en el marco del Plan de Trabajo 2008 acordado entre el Ministerio de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Los contenidos de esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista oficial del Fondo de Población de las Naciones Unidas ni del Instituto de Educación y Salud.

MINSA y UNFPA

**Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali**

Lima, IES, 2009

PERCEPCIONES - CONOCIMIENTOS - ACTITUDES - PRÁCTICAS SEXUALES - PREVENCIÓN - ITS - VIH - SIDA - SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - AMAZONÍA

# Índice

Introducción.....	7
<b>1. Metodología .....</b>	<b>11</b>
1.1 Objetivos.....	12
1.2 Ámbito del estudio.....	12
1.2.1 El pueblo yine y la comunidad Bufeo Pozo .....	13
1.2.2 El pueblo shipibo-conibo y la comunidad Puerto Belén .....	16
1.3 Técnicas de investigación.....	19
1.4 Áreas de estudio.....	20
1.5 Participantes en el estudio.....	21
1.5.1 Pueblo yine: comunidad Bufeo Pozo.....	23
1.5.2 Pueblo shipibo-conibo: comunidad Puerto Belén.....	24
1.5.3 Actores claves de la región Ucayali.....	26
1.6 Trabajo de campo y recolección de la información .....	26
1.7 Aspectos éticos de la investigación.....	27
<b>2. Resultados.....</b>	<b>29</b>
2.1 Pueblo yine: comunidad Bufeo Pozo.....	30
2.2 Pueblo shipibo-conibo: comunidad Puerto Belén.....	48
2.3 Actores claves de la región Ucayali.....	64
<b>3. Discusión acerca de los resultados.....</b>	<b>75</b>
3.1 Prácticas sexuales en la comunidad .....	76
3.2 Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y al Sida, así como su prevención .....	83
3.3 Itinerarios ante la prevención: atención de situaciones y problemas asociados a sexualidad .....	88

3.4 La prevención asociada a la sexualidad .....	90
3.5 Oferta y acceso a las estrategias de prevención de la ITS, el VIH y el Sida.....	93
<b>4. Conclusiones .....</b>	<b>95</b>
4.1 Barreras para la prevención del VIH .....	96
4.2 Oportunidades para la prevención del VIH.....	99
<b>5. Recomendaciones para la acción .....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>105</b>

# Introducción

El VIH y el Sida se están extendiendo entre la población de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Si bien los datos epidemiológicos aún son escasos, existen estudios que muestran la urgencia de responder a esta problemática.

En un estudio realizado en el 2004 en la etnia chayahuita, en Loreto (Zavaleta y otros 2007), se encontraron 6 casos positivos de 80 tamizados, 5 correspondientes a hombres adultos y uno a una mujer adulta. Esto significa una prevalencia de casos de VIH de 7,5, 10 veces más alta que la encontrada en la población general del Perú.

En un estudio realizado por el Proyecto Prevención Comunitaria de Enfermedades de Transmisión Sexual (PREVEN) en el 2007 en 24 comunidades cercanas a ciudades portuarias —Iquitos, Yurimaguas, Pucallpa y Puerto Maldonado—, en 7 comunidades cercanas a Pucallpa se encontraron prevalencias de ITS en mujeres adultas para sífilis (3,8), clamidia (17,4), gonorrea (3,7), tricomonas (8,1) y vaginosis (69,4), respectivamente. En el caso de los hombres adultos, las prevalencias fueron para sífilis (10,5), clamidia (15,1) y gonorrea (1,9), y además también se halló una prevalencia de 0,9 para VIH.<sup>1</sup>

Estos indicios de la presencia de ITS, VIH y Sida entre los pueblos amazónicos han llevado al Ministerio de Salud (MINSU) a realizar el «Estudio de vigilancia epidemiológica centinela de segunda generación de ITS y VIH-Sida en población indígena amazónica, gestantes y sus parejas» en los pueblos kandozi, shapra, shiwilo (chayahuita), matsiguenga, aguaruna y shipibo-conibo, que se realizó durante el 2007 y el 2008. Sus resultados aún no han sido publicados en forma oficial, pero próximamente se podrá contar

<sup>1</sup> Serie de diapositivas del PREVEN sobre ITS-VIH y sus determinantes en la Amazonía peruana.

con una información de gran valor, puesto que se conocerá la verdadera situación epidemiológica del VIH y el Sida en estas poblaciones.

Paralelamente a los estudios epidemiológicos, es necesario realizar investigaciones de tipo cualitativo que permitan identificar los factores que están poniendo en situación de alta vulnerabilidad frente al VIH a estas poblaciones, lo que, a su vez, hará posible ir definiendo las estrategias de intervención culturalmente pertinentes. Este es el principal objetivo al que el presente estudio pretende contribuir: comprender las características de la vulnerabilidad frente al VIH que tienen estas comunidades, lo cual exige estar al tanto de los conocimientos, las actitudes y las prácticas, así como de las estructuras socioeconómicas y las relaciones sociales.

Para realizar este tipo de investigaciones, no solo se requiere contar con un bagaje de conocimientos sobre el tema, sino que además los investigadores debemos ser conscientes de los supuestos —urbanos y occidentalizados— con los que nos acercamos a estas poblaciones. El encuentro con estas culturas, aun cuando se trate de hacerlo desde la «objetividad», irremediamente está teñido de las relaciones de poder jerárquicas y excluyentes características de nuestra sociedad.

En el Perú, las culturas andina y amazónica son descritas, analizadas y problematizadas; en cambio la nuestra, la «urbana occidentalizada», simplemente se asume (Anderson 1990). Y al asumirse, se naturaliza y se vuelve hegemónica, generando el etnocentrismo desde el cual tendemos a relacionarnos con estas culturas, construyendo imágenes de ellas desde el déficit y la carencia. Así, hablamos frecuentemente de su cosmovisión,<sup>2</sup> olvidando que nosotros también tenemos una cosmovisión a partir de la cual construimos el conocimiento llamado «científico».

Por otro lado, acercarnos a estos pueblos implica dejar de lado mitos contruidos en torno a la Amazonía. Por ejemplo, el mito del «vacío amazónico», porque ahí, desde épocas ancestrales, vive un gran número de pueblos indígenas (Paredes 2005); o el mito de la «virginidad», que pasa por alto que desde tiempos muy antiguos —se habla incluso del período preinca— ha habido contactos entre los grupos étnicos que

habitan en la Amazonía y el resto del país (Camino Diez Canseco 1977). Únicamente tomando distancia de estos mitos será posible empezar a ver a los pueblos amazónicos en su verdadera dimensión y reconocerlos en sus diferencias, sin negar con ello su proceso histórico de transformación como producto de los cambios propios de sus sistemas, así como del encuentro y contacto permanente con la sociedad más global.

Esta tarea también implica reconocer que las culturas están en constante transformación pues son dinámicas, no estáticas. Ansión (2007) habla de entender la cultura en su ruptura y su continuidad, en el sentido de lo que se modifica y lo que permanece: la continuidad se expresa mucho más en la manera de hacer las cosas, mientras que las rupturas son visibles en los resultados producidos. Ello permite comprender lo que viene sucediendo con las culturas originarias de América Latina, las cuales se transforman y renuevan desde lo que se podría considerar su núcleo duro, que son los énfasis compartidos para enfrentar los nuevos problemas de determinadas maneras heredadas de sus antepasados.

Finalmente, cabe señalar que este estudio se enmarca en el documento «Lineamientos para la prevención y control de las ITS y el VIH y Sida en pueblos indígenas de la Amazonía y poblaciones móviles», desarrollado por el MINSa y validado con amplia participación de representantes de comunidades nativas de varias regiones del país, y que actualmente se encuentra en fase de prepublicación para su lanzamiento oficial.

Es desde esta postura académica —y también política— que el estudio se llevó a cabo en la comunidad Bufo Pozo, perteneciente al pueblo yine, y la comunidad Puerto Belén, perteneciente al pueblo shipibo-conibo. Estas comunidades fueron identificadas y seleccionadas por su posible vulnerabilidad frente al VIH y el Sida, al estar muy expuestas a actividades de comercio y de extracción —de madera y petróleo—, lo que conlleva un flujo permanente de salida de los pobladores hacia las ciudades y de llegada de personas foráneas hacia las comunidades. Esta selección se realizó de manera conjunta con representantes de los sectores Salud y Educación y de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la zona, así como de líderes indígenas de la región Ucayali que asistieron a la reunión de presentación e intercambio del estudio, desarrollada en septiembre del 2008 en la ciudad de Pucallpa.

<sup>2</sup> Definido por Cárdenas (1989) como el sistema de ideas y creencias que el ser humano tiene acerca del mundo que lo rodea, el cual está determinado por el tipo de organización social y varía en relación directa con ella.

Este documento ha sido dividido en cinco partes. La primera presenta los aspectos metodológicos de la investigación. La segunda describe los resultados encontrados en cada una de las comunidades y las opiniones de los actores claves entrevistados en la región Ucayali. En la tercera parte se elabora un análisis conjunto de los resultados, con el apoyo de bibliografía relevante para comprender los hallazgos. La cuarta parte recoge las conclusiones, y la quinta, las recomendaciones para la acción a las que se puede arribar a partir de los hallazgos.

# 1. Metodología



En este capítulo se presentan los objetivos del estudio y el ámbito en el cual se realizó, incluyendo una breve descripción de las principales características de las etnias amazónicas y las comunidades elegidas. Así mismo, se describe a los diferentes actores que fueron entrevistados en la investigación.

También se presentan las áreas temáticas en torno a las cuales se ha desarrollado la exploración, así como los aspectos metodológicos y las técnicas empleadas en el estudio. Cabe señalar que se ha utilizado una aproximación cualitativa, que permite profundizar en la comprensión de las percepciones, los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen los pobladores respecto a la prevención, las ITS, el VIH y el Sida.

## 1.1 OBJETIVOS



### Objetivo general

Generar información sobre las percepciones, conocimientos, actitudes, prácticas y factores socioculturales relativos a la prevención de las ITS, el VIH y el Sida en dos comunidades de las etnias amazónicas yine y shipibo-conibo de la región Ucayali.



### Objetivos específicos

- Conocer las percepciones sobre aspectos de la sexualidad vinculados a la prevención de las ITS y el VIH.
- Explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas relativas a la prevención de las ITS, el VIH y el Sida.
- Identificar los factores socioculturales que favorecen u obstaculizan la prevención de las ITS y el VIH.
- Aproximarse a las rutas-itinerarios que recorren los hombres y las mujeres de las comunidades indígenas para acceder a la prevención, la atención y el cuidado relativo al VIH, el Sida y otras ITS, teniendo como marco la realidad cultural de estas comunidades.
- Identificar cuáles son los referentes válidos en la comunidad para incorporar el concepto de prevención de las ITS y el VIH, y orientar las estrategias-actividades en este ámbito.

## 1.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en dos comunidades nativas amazónicas de la región Ucayali: Bufeo Pozo, de la etnia yine (provincia de Atalaya), y Puerto Belén, de la etnia shipibo-conibo (provincia de Coronel Portillo).

Para la selección de las comunidades, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Su pertenencia a las etnias consideradas vulnerables frente al VIH-Sida por las autoridades locales. Por este motivo, se eligió a la etnia yine, que a pesar de ser minoritaria, es significativa en cuanto al riesgo.

- Su accesibilidad desde la ciudad de Pucallpa.
- Que contaran con un colegio de educación secundaria y un establecimiento de salud, así como por lo menos con un medio de comunicación (radio).
- Que existiera un máximo de dos instituciones no estatales que estén desarrollando algún proyecto de VIH y/o salud sexual y reproductiva.

Estos criterios de selección fueron establecidos con el fin de contar con los recursos necesarios para la realización del estudio, pero especialmente previendo una posterior intervención preventiva del VIH-Sida en estas comunidades.

Para describir las características de los pueblos amazónicos participantes en el estudio, primero se hablará brevemente de la etnia en general y luego se analizarán de manera específica las características de la comunidad en la que se realizó el estudio.

### 1.2.1 El pueblo yine y la comunidad Bufeo Pozo

Se llevaron a cabo 15 entrevistas individuales a actores claves pertenecientes a organizaciones estatales y no estatales, así como a federaciones indígenas.

#### a) El pueblo yine

A este grupo, hasta hace poco se lo conocía como piro; sin embargo, ellos y ellas se llaman a sí mismos *yineru*, que significa 'humano, gente'. Pertenecen a la rama de la familia lingüística<sup>3</sup> de los arawak, y su número se estima entre 2.500 y 3.000 personas.

Es una población ribereña que habita en el Bajo Urubamba y la punta superior del Ucayali, desde la desembocadura del río Unini. Por el sur, su territorio llega a las desembocaduras de los ríos Sepahua y Mishagua, en el Bajo Urubamba. Puede considerarse que la ciudad de Atalaya está situada en el centro del territorio yine (Hvalkof 2003). Se trata de un grupo interétnico —ellos se perciben como un grupo de sangre mezclada—, debido a los matrimonios mixtos con otros grupos, como los asháninka y los machiguenga (Belaunde 2005).

Los yines comparten con el grupo shipibo-conibo su tradición ceramista y sus diseños. Se ha sugerido que ellos introdujeron varias características de la cultura material que ahora se consideran como típicamente shipibas (Hvalkof 2003).

<sup>3</sup> La familia lingüística hace referencia a un grupo de lenguas que proceden de un tronco común.



Están involucrados en la agricultura y la comercialización de productos más que cualquier otro grupo indígena del entorno de Atalaya. Trabajan en la extracción de madera para patrones locales. Entre sus actividades económicas también están la pesca, la caza y la horticultura.

A pesar de ser un grupo reducido numéricamente, los yines ocupan altos cargos en la Organización Indígena Regional de Atalaya (OIRA) (Hvalkof 2003). La OIRA forma parte de la Asociación Regional de los Pueblos Indígenas de la Selva Central (ARPI- SC), organismo descentralizado de la organización nacional Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP).

### b) La comunidad Bufeo<sup>4</sup> Pozo

Es una comunidad ribereña ubicada en el distrito de Sepahua, provincia de Atalaya, en la margen del río Urubamba. Cuenta con una población aproximada de 900 personas agrupadas en 147 familias. La mayoría pertenecen a la etnia yine, pero también hay algunas familias asháninka y mestizas. Casi todos hablan tanto yine como castellano, aunque las personas mayores de 50 años no utilizan tanto este último. La organización política está constituida por el jefe de la comunidad, el agente municipal, el teniente gobernador, la presidenta del club de madres, la presidenta del Vaso de Leche y los representantes de los comités de barrio.

La comunidad se abastece de agua mediante una red de pilones ubicados fuera de las viviendas. Los servicios higiénicos son pozos sépticos, llamados también silos. Utilizan la energía solar y baterías (70%).

Los medios de comunicación son el teléfono satelital, al que se accede mediante tarjetas; la radio —escuchan Radio Programas del Perú (RPP), Radio Sepahua y Radio San Antonio de Atalaya—; y la televisión por cable, aunque en la actualidad el servicio se encuentra desactivado por falta de pago.

En cuanto a los servicios educativos, tienen un jardín de niños, una escuela primaria multigrado y una escuela secundaria. Esta última atiende a 75 alumnos y cuenta con 8 docentes —4 hombres y 4 mujeres—, la mitad de los cuales son de la propia comunidad y la otra mitad, foráneos. También funciona un programa de alfabetización para personas adultas.

Cuenta con una posta médica, que está a cargo de un médico recién asignado y un técnico sanitario, quien tiene dos años en el cargo.

Así mismo, se observa la presencia de iglesias evangélicas, entre ellas la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Aproximadamente 70% de los pobladores profesan esta religión.



<sup>4</sup> El bufeo o delfín es un mamífero de agua dulce que tiene gran tamaño, muy común en los ríos de Loreto y Ucayali. Hay dos especies: el bufeo gris y el colorado; este último es el más grande y en torno a él se han tejido una serie de leyendas.

Las instituciones que han realizado intervenciones en la comunidad de Bufeo Pozo son el Fondo Nacional de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES) —que entre el 2001 y el 2003 realizó obras para dotar a la comunidad de un tanque elevado— y el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), que ofrece alimentos para los alumnos de inicial y las gestantes. Además, el gobierno central entregó dos laptop para el uso de las y los docentes, aunque ellos no recibieron la capacitación respectiva por parte del Ministerio de Educación. La Fundación Española, con sede en Sepahua, apoyó con paquetes escolares.

Los comuneros no hicieron referencia a ninguna institución, además del centro educativo y la posta de salud, que hubiera realizado acciones referidas al tema de la salud sexual y reproductiva.

## 1.2.2 El pueblo shipibo-conibo y la comunidad Puerto Belén

### a) El pueblo shipibo-conibo

Los shipibo-conibo pertenecen a la familia lingüística pano. Según Morin (1998), *shipibo* proviene de *shipi* 'mono', y *conibo*, de *coni* 'pez'.

La fusión actual de estos pueblos es el resultado de matrimonios mixtos y del traslado de familias e incluso de pueblos enteros (Tournon 2002). Se estima que el grupo está compuesto por 25.000 personas.

Es un pueblo ribereño, ubicado a lo largo de todo el curso del río Ucayali, desde la parte alta hasta el Bajo Ucayali medio. Las actividades económicas más importantes son la pesca y la caza (Hvalkof 2003).

Su artesanía es considerada la más vistosa y variada de la Amazonía. Sus productos más famosos son las telas y las cerámicas pintadas con dibujos geométricos que, según su cosmovisión, reproducen simbólicamente el dibujo invisible que cubre el alma de cada persona (Heise, Landeo y Bant 1999).

La producción y comercialización de los productos artesanales está a cargo de las mujeres, lo que les permite salir a las grandes ciudades —con o sin sus esposos— y decidir el uso que le darán a este ingreso. Esta situación les da a las mujeres shipibo-conibo una mayor autonomía en comparación con las de los otros pueblos, y explica también por qué en este grupo surgieron organizaciones femeninas mucho antes que en otros. Actualmente, ellas participan en la Organización Regional de Mujeres Indígenas de la Región Ucayali (ORDEMI) y la Asociación de Mujeres Artesanas Shipibo-Konibo del Ucayali (ARMASHIKU), organizaciones que



se constituyeron porque las mujeres sienten que sus necesidades y problemas específicos no son atendidos en las agendas de las federaciones regionales (Paredes 2005).

Morin (1998) señala que la organización regional del pueblo shipibo-conibo es la Federación de Comunidades Nativas del Ucayali (FECONAU), creada en 1981, que forma parte de la Organización Regional AIDSESEP Ucayali (ORAU).

### b) La comunidad Puerto Belén

Está ubicada en el distrito de Iparia, provincia de Coronel Portillo. Tiene una población aproximada de 150 familias. Además, hay aproximadamente unos 20 migrantes mestizos que se dedican a extraer madera.

La mayoría habla shipibo al interior de su familia, y castellano con los forasteros. Como el uso de su lengua es tan fuerte, las niñas y los niños pequeños hablan poco castellano.

La organización política está compuesta por el jefe de la comunidad, el agente municipal, el teniente gobernador, los vocales, el secretario general de juntas vecinales y de seguridad, la presidenta del club de madres, la presidenta del Vaso de Leche y el presidente de salud.



La comunidad se abastece de agua de pozos (25%), de la *cocha* (5%) y de la quebrada (70%). Los servicios higiénicos son pozos sépticos o silos. Más o menos 10% de los pobladores cuentan con alumbrado eléctrico en sus viviendas, que reciben en forma interdiaria de 7 a 10 de la noche. La zona céntrica de la comunidad cuenta con alumbrado público, mientras que algunas familias generan energía mediante paneles solares y baterías.

En cuanto a los medios de comunicación, escuchan Radio Súper AM de Pucallpa, RPP, Radio Colonia —de una comunidad cercana— y Radio FM Stereo 100, que cuenta con un programa en shipibo. Además, mediante el altoparlante de la posta se emite información de actualidad y referida a temas de salud; este programa, que se propala de 5 a 7 de la mañana, llega a un 30% de la población.

La comunidad cuenta con una escuela que ofrece inicial, primaria y secundaria. El personal está constituido por 13 docentes —5 de primaria y 8 de secundaria—, de los cuales 5 son shipibos. No existe un programa de alfabetización para personas adultas.

Hay una posta médica en la que trabajan dos técnicos sanitarios —una mujer y un hombre— y un promotor activo, que ofrecen un servicio amigable y cercano a la comunidad. Mediante la observación, se registró que la posta desarrolla diferentes

programas de salud y que no hay una adecuación cultural para el parto. En el local se exponen una serie de afiches y folletos sobre el tema del VIH.

El personal de salud señaló que en el último estudio realizado, de 10 gestantes, 2 presentaron indicios de tener VIH. Al momento de realizar la investigación se había repetido la prueba, pero aún no se contaba con una confirmación y tampoco se había intervenido. Respecto a las ITS, los trabajadores de salud manifestaron que se presentan uno o dos casos de síndrome de flujo vaginal cada dos meses; en cuanto a los hombres, en el 2007 se trataron seis casos de gonorrea y tres de sífilis.

En la comunidad están presentes las iglesias evangélicas, entre estas la Iglesia Adventista del Séptimo Día. No se registró presencia de la Iglesia católica.

Entre las instituciones que han realizado intervenciones está la Asociación para la Investigación y el Desarrollo Integral (AIDER), ONG que, durante sus seis años de permanencia en la comunidad, ofreció capacitación para la vigilancia de la tala ilegal. El Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana y la Marina de Guerra brindaron capacitación y establecieron un ente institucional en la comunidad. Finalmente, en el 2003, FONCODES realizó obras de alumbrado e instaló el pozo de agua.

Si bien los pobladores de la comunidad no hicieron referencia a ninguna otra institución, además del centro educativo y la posta de salud, que hubiera realizado acciones en el tema de salud sexual y reproductiva, una informante clave del Centro de Investigación y Promoción Amazónica (CIPA) de Pucallpa señaló que en esta comunidad se había desarrollado el proyecto Reprosalud de la ONG Manuela Ramos.

### 1.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas utilizadas fueron las entrevistas en profundidad y los grupos focales, que fueron complementados con observación participante y conversaciones informales.

Los instrumentos aplicados fueron, en primer lugar, la ficha de datos de la comunidad, que da cuenta de las características demográficas, socioeconómicas y culturales; esta ficha se llenó a partir de la observación y de las conversaciones con informantes claves. Adicionalmente, se utilizaron las guías para las entrevistas individuales y las guías para los grupos focales.

## 1.4 ÁREAS DE ESTUDIO

Si bien se priorizaron cinco áreas de estudio, no todas fueron abordadas en todos los grupos de participantes, pues en cada caso se consideraron solo las más relevantes para cada grupo. Las primeras cuatro áreas fueron exploradas en adolescentes y adultos de ambos sexos, en autoridades y líderes de la comunidad, así como en los agentes de salud y educación que viven en la comunidad. La quinta área fue explorada con representantes de las organizaciones estatales y no estatales de la región Ucayali, así como con representantes de las federaciones indígenas de la región.

- **Área 1: Prácticas sexuales en la comunidad, el establecimiento de la pareja y la percepción acerca de la homosexualidad**

Se indagó sobre las prácticas sexuales de la población y los factores socioculturales asociadas a estas. Las prácticas sexuales exploradas fueron el inicio sexual, el establecimiento de pareja, la homosexualidad y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, las relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes, las relaciones sexuales con personas foráneas, las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol, las relaciones forzadas al interior de la pareja y la influencia de los cambios socioeconómicos en las prácticas sexuales.

- **Área 2: Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y al Sida, así como a su prevención**

Se exploró cuánta información tienen sobre el tema y cuáles son sus actitudes: cuánto conocen sobre el VIH, el Sida y las conductas de riesgo; cuáles son sus percepciones sobre la forma en que el VIH ha llegado o puede llegar a sus comunidades; cuáles consideran que son los grupos más vulnerables; y qué actitud tienen hacia las personas que viven con esta infección.

- **Área 3: La prevención asociada a la sexualidad: itinerarios frente al embarazo no planificado, las ITS y el VIH**

A fin de identificar las barreras y oportunidades para la prevención del VIH que existen en las comunidades, se exploró la presencia o ausencia del concepto de prevención en el área de la sexualidad. Se buscaba conocer las actitudes y las prácticas, poniendo énfasis en el uso del condón como medida preventiva; es decir, se indagó sobre los conocimientos, las actitudes, la accesibilidad y el uso y negociación del condón en la relación de pareja.

Así mismo, se buscó conocer qué medidas toma la población para enfrentar tres problemas: el embarazo no planificado, las ITS y el VIH; se preguntó a qué personas e instituciones acuden y qué razones tienen para buscarlas. Si bien el tema del embarazo no planificado no estaba entre los objetivos de la investigación, se tomó la decisión de incluirlo en esta área porque se consideró que

la categoría salud sexual y reproductiva debe abordarse de manera integral, tal como se presenta en la vida cotidiana. Incluir este tema permitió conocer no solamente qué itinerarios siguen las personas cuando se ven enfrentadas a este problema, sino además recoger sus percepciones sobre la doble protección, es decir, frente al embarazo y las ITS y el VIH.

- **Área 4: Oferta y acceso a las estrategias de prevención de las ITS, el VIH y el Sida**

Se indagó sobre las fuentes y los medios de información, así como sobre los servicios para la prevención de las ITS, el VIH y el Sida con los que cuentan o desearían contar. También se sondearon sus actitudes hacia estos servicios.

- **Área 5: Percepciones de los actores claves sobre la prevención de las ITS y el VIH-Sida en las comunidades indígenas amazónicas**

Se buscó conocer las percepciones de actores claves de la región Ucayali respecto a la prevención del VIH en las comunidades amazónicas. Se realizaron preguntas acerca de cuáles consideran que son los grupos «vulnerables» a la infección, qué necesidad hay de prevenir las ITS y el VIH, qué actividades de prevención se han desarrollado y cuáles han sido sus resultados, así como las oportunidades y barreras que existen para promover el uso del condón.

## 1.5 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo con dos tipos de participantes: actores claves y pobladores de la comunidad. Se incluyó a ambos grupos en la medida en que sus diferentes ubicaciones en la organización social de la comunidad permiten recoger distintas perspectivas, lo que contribuye a tener una visión más completa del tema, considerando sus múltiples dimensiones (De Souza 2003).

Los actores claves fueron seleccionados por la posición particular que ocupan en sus comunidades o en la región Ucayali. Así, este grupo incluye a las siguientes personas:

- Autoridades o líderes de cada comunidad.
- Agentes de salud —técnicas y técnicos sanitarios, promotoras y promotores de salud, profesionales de salud— y agentes de educación —docentes de educación primaria y secundaria— de cada comunidad.
- Representantes de organizaciones estatales y no estatales de la región Ucayali con conocimientos sobre las comunidades indígenas de esa región.
- Representantes de las federaciones indígenas de la región Ucayali.

En el grupo de pobladores de las comunidades, se tomaron en cuenta los criterios de edad y sexo:

- Adolescentes hombres y mujeres.
- Adultos hombres y mujeres.

**Cuadro 2. Población y actores claves participantes en el estudio por cada comunidad**

Actores y técnicas utilizadas	Pueblo yine	Pueblo shipibo-conibo
Entrevistas	23	33
Grupos focales	4	1
Población entrevistada y participante en grupos focales	<i>Adultos hombres y mujeres: entrevistas a 3 hombres y 10 mujeres. Adolescentes hombres y mujeres: entrevistas a 3 adolescentes hombres y a 3 mujeres. 3 grupos focales mixtos de alumnos y alumnas de educación secundaria.</i>	<i>Adultos hombres y mujeres: entrevistas a 6 hombres y 10 mujeres. Adolescentes hombres y mujeres: entrevistas a 6 adolescentes hombres y a 3 mujeres.</i>
Actores claves entrevistados	<i>Autoridades y líderes de la comunidad: entrevistas al agente municipal y al jefe de la comunidad.</i>	<i>Autoridades y líderes de la comunidad: entrevistas al jefe de la comunidad, al agente municipal y a la presidenta del club de madres.</i>
	<i>Agentes de salud: entrevista al médico encargado y al técnico del centro de salud.</i>	<i>Agentes de salud: entrevistas al promotor y al técnico del centro de salud.</i>
	<i>Agentes de educación: grupo focal conformado por 10 docentes de educación inicial, primaria y secundaria.</i>	<i>Agentes de educación: entrevistas al director de la escuela secundaria, a un profesor de primaria y a una profesora de educación inicial.</i>

El hecho de que el número de hombres entrevistados sea menor que el de mujeres se explica porque ellos suelen permanecer alejados de la comunidad por razones de trabajo, sea porque realizan labores agrícolas en chacras distantes —salen muy temprano y regresan muy tarde— o trabajan fuera. Por el contrario, en el caso de las mujeres, las entrevistas podían realizarse cuando ellas se encontraban en sus casas ejecutando las labores domésticas, lo que facilitó llegar a un mayor número.

Por otra parte, en Puerto Belén, del pueblo shipibo-conibo, no fue posible realizar grupos focales de adolescentes y agentes de educación porque, en el momento de la visita, las clases se habían suspendido debido a que los profesores habían salido de la comunidad para cobrar sus honorarios.

### 1.5.1 Pueblo yine: comunidad Bufeo Pozo

La población adulta y adolescente participante en el estudio presentaba las siguientes características:

- Adolescentes mujeres de 11 a 18 años, la mayoría de las cuales cursaban secundaria y algunas, los últimos años de primaria. Casi todas hablaban yine y castellano, y unas cuantas entendían yine pero no lo hablaban. Varias refirieron haber salido algunas veces a ciudades como Sepahua, Atalaya y Pucallpa.
- Adolescentes hombres de 13 a 17 años, todos estudiantes de secundaria. La mayoría hablaban yine y castellano, y algunos entendían el yine pero no lo hablaban. Varios habían salido por cortos períodos a Sepahua y Pucallpa.
- Mujeres adultas de 20 a 60 años, convivientes, casadas o viudas. La mayoría tenían entre tres y nueve hijos. Vivían con su pareja y sus hijas e hijos, aunque muchos de ellos ya se habían alejado por razones de estudio o por haber formado su propio hogar. Todas las mujeres adultas tenían por lo menos primaria incompleta, y las más jóvenes, secundaria completa. Casi todas profesaban la religión evangélica y muy pocas refirieron asistir a la Iglesia adventista.

Respecto a su movilidad, eran pocas las que no habían salido nunca de la comunidad. Varias de ellas habían visitado ciudades como Sepahua, Atalaya, Pucallpa e incluso Lima. Todas hablaban el yine y el castellano, y unas pocas dominaban el asháninka.



- Los pocos hombres adultos entrevistados tenían entre 20 y 40 años. Todos estaban en relación de convivencia. Uno de ellos tenía secundaria incompleta, el otro secundaria completa y el otro estudios superiores incompletos. Había tanto evangelistas como adventistas. Todos habían vivido fuera de la comunidad, sea por estudio o trabajo, en ciudades como Sepahua, Atalaya o Huánuco. Todos manifestaron hablar tanto el yine como el castellano.

### 1.5.2 Pueblo shipibo-conibo: comunidad Puerto Belén

Con relación a las características de la población adulta y adolescente participante en el estudio, se puede señalar lo siguiente:

- De las adolescentes mujeres, de 11 a 17 años, las mayores cursaban secundaria y la menor estaba aún en primaria. Una de ellas solo hablaba castellano, otra dominaba ambos idiomas y la otra entendía el shipibo, pero no lo hablaba. Respecto a su movilidad, las tres habían vivido alguna vez fuera de la comunidad —una en Masisea, la otra en Pucallpa y la otra en Lima—, pero en lo cotidiano, solo una mencionó que salía con cierta frecuencia a otras comunidades cercanas, para visitar a sus familiares.
- Todos los adolescentes hombres, de 12 a 14 años, cursaban secundaria y hablaban tanto el shipibo como el castellano. Aunque todos se habían movilizado hacia comunidades cercanas, solo uno de ellos refirió haber vivido en otra comunidad por algún tiempo.

- Entre las mujeres adultas, de 18 a 45 años, había convivientes, casadas y una viuda. Todas eran madres, y la mayoría vivían con su pareja y sus hijos o hijas. Solo dos de ellas —ambas mayores de 40 años— tenían primaria incompleta; seis tenían secundaria incompleta; cuatro, secundaria completa; y dos, estudios técnicos superiores. Casi todas señalaron profesar la religión evangélica. Respecto a su movilidad, la mayor parte de las que tenían entre 20 y 30 años habían vivido fuera de sus comunidades por algunos meses o años, sea en Pucallpa o en Lima, mientras que las mayores habían salido de sus comunidades muy poco o nunca. Si bien todas refirieron hablar tanto el shipibo como el castellano, varias precisaron que no dominaban bien este último.
- De los hombres adultos, de 20 a 60 años, dos eran solteros y el resto, casados. Estos últimos tenían entre cuatro y cinco hijos e hijas. Respecto a su grado de instrucción, solo el de 60 años manifestó no haber estudiado; el resto tenía secundaria completa y dos de ellos, estudios superiores. En el grupo había tanto evangelistas como adventistas. Únicamente dos manifestaron haber vivido fuera de la comunidad. Todos, con excepción del que tenía 60 años, salían frecuentemente a comunidades cercanas. Todos manifestaron hablar tanto el shipibo como el castellano.



### 1.5.3 Actores claves de la región Ucayali

Se llevaron a cabo 15 entrevistas individuales a actores claves pertenecientes a organizaciones estatales y no estatales, así como a federaciones indígenas.

#### Cuadro 2. Actores claves

Representantes de organizaciones estatales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuatro de la Dirección Regional de Educación (DRE) de Ucayali</li><li>- Uno de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) de Atalaya</li><li>- Dos del gobierno regional de Ucayali</li><li>- Uno del gobierno subregional de Atalaya</li><li>- Dos de la red de salud de Atalaya</li></ul>
Representantes de organizaciones no estatales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uno de la ONG CIPA-Mesa de Concertación contra la Pobreza Regional</li><li>- Uno del convenio entre la Dirección Regional de Salud (DIRESA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Ucayali</li></ul>
Representantes de federaciones indígenas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uno de la Organización de Jóvenes Indígenas de la Región Ucayali (OJIRU)</li><li>- Uno de ORAU</li><li>- Uno de OIRA</li></ul>

### 1.6 TRABAJO DE CAMPO Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El trabajo de campo se realizó en septiembre del 2008, y estuvo a cargo de dos investigadoras, una psicóloga y una antropóloga.

El ingreso a la comunidad de Bufo Pozo se llevo a cabo en coordinación con la Gerencia de Desarrollo Social de la Región de Ucayali-Subregión de Atalaya. El primer acercamiento fue con el jefe de la comunidad, quien dio su conformidad para la realización del estudio. A través de las y los docentes, se pudo acceder al trabajo con las y los adolescentes. A las y los adultos se los entrevistó casa por casa, luego de que el jefe de la comunidad informara por altoparlante los objetivos del estudio y solicitara el apoyo. Otros espacios para abordar a adolescentes y adultos fueron la escuela y el campo deportivo.



Se invitaba a los pobladores a participar en las entrevistas o grupos focales, y se les solicitaba el permiso para grabar. Las personas entendían y hablaban muy bien el español, y se mostraron abiertas y participativas.

El ingreso a la comunidad Puerto Belén se concretó a través de la DIRESA, Dirección de Atención Integral y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que facilitó una chalupa y el trabajo de un motorista. En la comunidad, el primer contacto fue con el establecimiento de salud y luego con el jefe, quien autorizó la investigación. Como los habitantes de esta comunidad utilizan su lengua nativa en la vida cotidiana, se contó con el apoyo de dos intérpretes —hombre y mujer— para las entrevistas y los grupos focales.

### 1.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para realizar el presente estudio, se tomaron en cuenta las recomendaciones realizadas por el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI)<sup>5</sup> y se consideraron los siguientes aspectos éticos:

- El diseño del estudio se basó en la revisión de la experiencia actual en investigación, con la finalidad de minimizar los sesgos en la información recolectada.
- En la identificación del problema y en el diseño de la investigación participaron representantes de los sectores Salud y Educación, de la sociedad civil y de

<sup>5</sup> Serie de diapositivas «Consideraciones éticas en investigación con poblaciones amazónicas», de Carol Zavaleta y Neptali Cueva, CENSI-Instituto Nacional de Salud.

las organizaciones de los pueblos indígenas de la región Ucayali. Todos ellos mostraron su compromiso y apoyo tanto en la etapa de implementación del estudio como en el uso posterior de los resultados.

- Las comunidades donde se realizó la investigación tienen amplio contacto con población foránea.
- Se tuvo cuidado de que el lenguaje de los instrumentos utilizados fuera adecuado a la forma de expresarse de los pobladores, evitando los riesgos de que pueda interpretarse como crítico, generador de culpa o estigmatizador.
- Se contó tanto con el consentimiento informado del jefe de cada comunidad como de cada uno de los participantes en el estudio. Para ello, se consideró más conveniente usar el consentimiento informado verbal y no escrito, puesto que el hecho de firmar un documento puede generar desconfianza o temor en estas poblaciones.
- Se aseguró que los participantes comprendieran la naturaleza del estudio, sus objetivos y las características de su participación —voluntaria, confidencial—, y especialmente que supieran que podían abstenerse de contestar alguna pregunta, así como retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando ya se hubiera iniciado la entrevista o grupo focal.
- Para los casos en que fue necesario, se incluyó el trabajo de traductores pertenecientes a la propia comunidad.
- A fin de garantizar tanto la seguridad como la calidad de los datos brindados, se protegió la confidencialidad de las y los informantes durante el procesamiento de la información y la presentación de los resultados, así como en la presente publicación.

## 2. Resultados



En este capítulo presentamos los resultados de manera diferenciada para cada comunidad, de acuerdo con cada una de las áreas definidas. Se incluyen las percepciones de pobladoras y pobladores, adolescentes y adultos, así como de actores claves de la comunidad. Luego se presentan los resultados obtenidos a través de las entrevistas a autoridades e informantes claves de la región Ucayali.

Queremos precisar que si bien los actores claves de las comunidades y de la región de Ucayali fueron incluidos en el estudio —debido a que su papel les permite otro tipo de mirada—, el énfasis está puesto en los discursos de los pobladores y pobladoras, que son tomados como el eje central.

## 2.1 PUEBLO YINE: COMUNIDAD BUFEO POZO

### Área 1: Prácticas sexuales en la comunidad, el establecimiento de pareja y la percepción acerca de la homosexualidad

#### El inicio sexual

La edad de inicio sexual mencionada por adolescentes y adultos está en un rango que va de los 12 a los 16 años, mientras que para los hombres este rango se encuentra entre los 15 y 18 años.

Cabe señalar, sin embargo, que hay una gran diferencia en la percepción que tienen las y los adolescentes y las y los adultos sobre la edad en que se produce el inicio sexual de las mujeres. Mientras que los primeros señalan un rango que va desde los 14 hasta los 16 años, los adultos —padres y madres de familia, autoridades y agentes de salud y educación— consideran que el inicio se produce entre los 12 y 13 años.

Los agentes de educación y salud refieren que para la comunidad es «normal» el inicio sexual temprano. Se identificó que si bien algunas mujeres adultas se mostraban preocupadas por el inicio sexual temprano de las adolescentes —señalando que «son chiquitas» o «son muy chiquillas»—, esta preocupación estaba más centrada en el riesgo del embarazo que en normas morales de comportamiento.

En lo que sí existe consenso entre adultos y adolescentes es en que el inicio sexual de las mujeres se produce más temprano que el de los hombres, y que este ocurre con jóvenes de su misma generación, «con el grupo que va creciendo».

Respecto a las razones que explican el inicio sexual, las y los adolescentes señalaron que la razón principal es la decisión individual que se toma como resultado del deseo sexual y del enamoramiento.

En contraposición, los adultos consideraron además otras razones: un hombre señaló que los padres que ya no pueden mantener económicamente a sus hijas las motivan a formar pareja, mientras que otro mencionó que el inicio sexual puede ser resultado de la «curación»<sup>6</sup> de la que algunas adolescentes son objeto durante

<sup>6</sup> La «curación» hace referencia a un «tratamiento» o «preparación» para que niños y niñas adquieran habilidades, destrezas o cualidades deseadas como parte de su cultura, práctica que se realiza mediante tratamientos diversos. Estas «curaciones» se aplican desde que el feto —niña o niño— está en el vientre de la madre, cuando nace, durante su infancia e incluso en la pubertad, tal como en el caso mencionado.



su primera menstruación, con el fin de convertirlas en mujeres competentes para formar pareja:

Chuchuhuasi, la costumbre de acá. Cuando es su primer período, llega menstruación, entonces ya sus padres se encargan a curar algo de vegetal (hombre adulto).

Las mujeres adultas, por su parte, señalaron otras razones: que les han dado un «brebaje»,<sup>7</sup> que las chicas se han «aburrido de sus padres», la falta de oportunidades educativas y laborales o la falta de control paterno:

Se aburren quizás de nosotros, ya se retiran, se van a los hombres (mujer adulta).

No tienen otra cosa que hacer [se refiere a que no estudian o no salen a la ciudad] (mujer adulta).

Será que no tienen sus padres, sus padres no le aconsejan, no hablan con ellos, les dejan demasiada libertad a sus hijas que se vayan, vengan a la hora que ellos quieren (mujer adulta).

Los agentes de salud relacionaron el inicio sexual con la falta de comunicación en el hogar, la ausencia de espacios para pasar el tiempo libre, la falta de oportunidades

<sup>7</sup> Preparación hecha a base de plantas y que tiene la propiedad de cambiar el comportamiento.

educativas —en la comunidad solo se puede estudiar hasta secundaria— y el consumo de masato,<sup>8</sup> entre otras:

Acá en la comunidad no hay talleres en qué entretenerse, solo sus costumbres, el masato, la pesca (agente de salud).

En el último año, ya se sabe que los varones se van por la madera y las muchachas quieren tener su marido (agente de salud).

El masato, cuando tú le tomas, en el estómago se fermenta y causa mareos y eso les incentiva a tener relaciones entre ellos (agente de salud).

Finalmente los agentes de educación insistieron en la falta de diálogo en las familias, pues la sexualidad es un tema tabú.

Nuevamente encontramos una diferencia entre las percepciones de adolescentes y adultos: mientras que para los primeros el inicio sexual es una consecuencia natural del desarrollo de la sexualidad, los segundos consideran que es resultado de algún déficit asociado a cambios socioeconómicos: imposibilidad de seguir manteniendo a las hijas, incremento de la libertad en la adolescencia, erosión de la autoridad materna y paterna.

Las y los agentes de educación y salud consideran que el déficit se ubica en la cultura de las comunidades: la sexualidad es un tabú, los padres y madres no orientan a sus hijos e hijas, el consumo del masato.

### El establecimiento de la pareja

Aunque hubo algunas excepciones, la mayoría de las y los adultos y adolescentes coincidieron en señalar que desde el inicio sexual hasta que la persona forma una pareja estable, los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres. El número de parejas sexuales varía en un rango bastante amplio, que va desde 5 hasta 12 para los hombres, y de 2 a 6 para las mujeres.

La edad para establecer una pareja estable oscila entre los 15 y los 20 años, y es menor para las mujeres. Hubo referencias a chicas de 13 años que ya tienen una pareja estable.

Según la percepción de la mayoría, el motivo más frecuente para establecerse en pareja es el embarazo. Sin embargo, no todo embarazo conduce al

emparejamiento, puesto que hay chicas que deben enfrentar solas su maternidad. Por otra parte, en la medicina nativa hay un gran conocimiento sobre el uso de plantas para abortar.

Establecerse en pareja no necesariamente implica ser monógamo. La práctica de tener más de una pareja sexual al mismo tiempo se presenta desde el enamoramiento. Los y las adolescentes señalaron que si bien a los hombres les puede resultar difícil tener más de una enamorada en la misma comunidad —por el riesgo de que una de ellas se entere—, igual lo hacen o buscan otra pareja en comunidades aledañas. Los adolescentes, por su parte, afirmaron que si su enamorada no desea tener relaciones sexuales con ellos es porque «seguro tiene otra pareja».

Las y los integrantes del grupo adulto informaron que la infidelidad es una práctica más frecuente en los hombres que en las mujeres, y que las relaciones fuera de la pareja pueden establecerse dentro de la comunidad, aunque «a escondidas». Dada la mayor movilidad de los hombres, puede darse el caso de que tengan parejas dentro y fuera de la comunidad, y también que algunas mujeres, ante la ausencia del esposo, tengan relaciones con otros hombres.

### La homosexualidad y las relaciones entre personas del mismo sexo

Los hombres homosexuales, llamados *cabritos*, son identificados por su apariencia y comportamiento:

[Se comportan] como mujeres. Se ve en su forma de caminar, tan igual como de una mujer (autoridad comunal).

Los jóvenes que aceptan tener relaciones con ellos, a veces a cambio de un pago, no son percibidos como homosexuales.

Solo algunas personas refirieron que sí hay homosexuales en la comunidad, señalando que generalmente son adultos. Algunas adolescentes mencionaron que hay docentes homosexuales que tienen relaciones con chicos de la escuela; si bien esta conducta es considerada negativa, no se reconoce el trasfondo de abuso de poder que implica.

La homosexualidad en las mujeres es menos visible. La mayoría de personas sostuvieron que en la comunidad no se ha presentado ningún caso, pero algunas adultas comentaron que sí conocían a una mujer homosexual, a quien rechazaban.

<sup>8</sup> Bebida típica de los pueblos amazónicos. Es una chicha de yuca que embriaga solo cuando está fermentada. Preparar y servir masato es una función social muy importante que está a cargo de las mujeres.

Frente a la homosexualidad hay una expresión de rechazo y desacuerdo, pero que no se manifiesta en agresiones sino más bien en una actitud de distancia:

La comunidad no los rechaza porque a su manera ya, bueno, quizás Dios le creó homosexual, no se le puede decir nada. Más bien en cada hogar uno tendrá responsabilidad de decir a un niño, de decirle que sea como un varón, esa es la recomendación del pueblo (autoridad).

### Las relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes

El grupo de las autoridades negó que en la comunidad hubiera indicios de esta práctica. Sin embargo, los pobladores mencionaron que han sido testigos o que han escuchado que sí ocurre, y algunos adolescentes hombres expresaron que los padres sabían que era así. Según ellos, algunas jóvenes (14 años) aceptan tener relaciones sexuales a cambio de dinero, otros bienes —principalmente víveres— o de que las inviten a comer.

Las personas que contratan sus servicios son hombres que «tienen dinero» —se refieren al dinero en efectivo— y que pueden provenir tanto de otras comunidades o ciudades como de la propia comunidad:

Son los que vienen, gente de afuera... de la comunidad no casi (adolescente hombre).

Pasan los madereros [hombres que trabajan en la extracción de madera y que por ello viven en la comunidad], normal los enamoran y al toque nomás... o si no, le pagan el dinero y al toque hacen sus relaciones (adolescente hombre).

También se refirieron a los propietarios de bodegas, a los campesinos que cosechan y venden productos agrícolas —yines o mestizos de la propia comunidad—, y a comerciantes que llegan a la comunidad para vender sus productos —ropa, golosinas, víveres— y se quedan algunos días:

Traen sus mercas para que vendan. A veces las chicas se van. Ahí hacen relación por plata (hombre adulto).

Las autoridades refirieron que la empresa Pluspetrol, dedicada a la extracción de hidrocarburos, ha prohibido el ingreso de sus trabajadores a la comunidad: ellos

solo permanecen el tiempo necesario para asearse —una media hora—, pero no pueden quedarse. Los únicos autorizados para entrar son los representantes de la empresa.

La comunidad considera que mantener este tipo de relaciones sexuales es una decisión individual errada, pero no reconocen en estas una expresión de relaciones de poder o de exclusión. Se deposita toda la responsabilidad en la mujer que realiza el acto, sin aceptar que este forme parte de la cultura local. Para explicarlo, se ensayan razones como que estas mujeres seguramente han consumido «brebaje», aludiendo nuevamente al uso de plantas capaces de cambiar el comportamiento:

Ella lo hará porque quiere tener dinero. Ella es como yo, es ashá-ninka... la habrán endrogado (adolescente hombre).

Llama la atención que para referirse a esta práctica no se hable de *vender el cuerpo*, como en las ciudades mestizas, sino de *regalar el cuerpo*:

Ellos le ruegan y [las mujeres] ven la plata y le entregan su cuerpo. [Pienso] que está mal, que cómo vamos a regalar nuestro cuerpo. Por dinero le entregan su cuerpo (adolescente mujer).

Por otra parte, las prácticas sexuales a cambio de dinero que realizan las chicas que van a Sepahua o Atalaya a trabajar en bares o discotecas sí son percibidas como un acto cercano a la prostitución.

### Las relaciones sexuales y el consumo de bebidas alcohólicas

Las bebidas alcohólicas que más se consumen en la zona son la cerveza, el *clí-max*<sup>9</sup> y el *chuchuhuasi*. El *masato* no es considerado una bebida alcohólica, porque marea únicamente cuando se consume en exceso y está fermentado.

La comunidad considera que el consumo de alcohol es una práctica de los hombres, no de las mujeres; aquellas que beben igual que los hombres son «de afuera». El consumo se produce en distintas ocasiones: fiestas de cumpleaños, celebraciones de la comunidad, partidos de fútbol y mingas; estas últimas son muy frecuentes.

Las autoridades consideran que uno de los mayores problemas de la comunidad es el «alcoholismo de los jefes de familia», esto es, de los hombres adultos.

<sup>9</sup> Bebida que se vende en todo el territorio nacional, preparada a base de maracuyá, durazno o limón, y mezclada con extracto de vodka y alcohol.

La mayor parte de las personas adultas no consideran que el alcohol genere un mayor deseo sexual, pero sí conductas negativas:

Las mujeres se alocan y tienen relaciones sexuales (mujer adulta).

En las fiestas, cuando están mareados, hacen la cola. [Es decir,] solamente se hace con una, solamente una chica nada más [con su consentimiento] le llevan y entre todos la agarran y le hacen. Eso pasa cuando hay cumpleaños. [Pueden ser] varios, más de 30 (mujer adulta).

Según las autoridades, estas prácticas se presentan entre los jóvenes, porque los «viejos» se van a dormir cuando están mareados.

Para el agente de salud foráneo si hay una relación directa entre el alcohol y el mayor deseo sexual, que se expresa en la idea de que el masato fermenta en el estómago e incentiva a las personas de la comunidad a tener relaciones sexuales.

### La violencia contra la mujer

Las mujeres adultas fueron casi las únicas que hicieron referencia a este tema. Según ellas, la violencia contra las mujeres suele producirse cuando el marido considera que su mujer no cumple bien las tareas domésticas o cuando algún vecino le ha contado algo negativo acerca de ella:

Cuando le cuentan a su marido que su mujer se está comportando así, que por aquí, cuando la mujer se rabia con su marido y el hombre cuando no le gusta que su mujer se comporte así (mujer adulta).

Respecto a la respuesta de las mujeres violentadas, algunas informantes mencionaron que ellas no hacen nada, mientras que otras señalaron que sí desearían sentar la denuncia, pero no encuentran las condiciones:

No hay dónde quejarse. Algunas hacen la denuncia al teniente gobernador de la comunidad, pero no hay una respuesta efectiva (mujer adulta).

En algunos casos, puede haber una sanción, pero esta es insuficiente. Por ejemplo, una mujer relató que un hombre estuvo en el calabozo durante siete días y que al salir le hicieron prometer que no iba a volver a agredir a su mujer.

Otra manifestación de este tema son las relaciones sexuales forzadas. Las y los adolescentes consideran que, efectivamente, los hombres pueden recurrir a esta práctica, pero que más que forzar a las mujeres, les «insisten», lo cual puede ser una forma disimulada de ejercer violencia. Las personas adultas, hombres y mujeres, mencionaron que sí se producen relaciones forzadas, e incluso un hombre intentó explicar el hecho señalando que «los comuneros son muy calurosos».

La violencia contra la mujer, que incluye las relaciones sexuales forzadas, no es reconocida o visibilizada por la comunidad, ni mucho menos percibida como una práctica que vulnera los derechos humanos. Frente a esta situación, al parecer las mujeres no cuentan con mecanismos para protegerse y defenderse.

## Área 2: Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y el Sida, así como a su prevención

### Lo que se sabe y piensa acerca del VIH y el Sida

La mayoría de comuneros saben algo sobre el VIH y el Sida. Sin embargo, hay diferencias: por ejemplo, los y las adolescentes tienen bastante más información que las mujeres adultas.

Pese a que el Sida es un síndrome —conjunto de signos y síntomas— y no una enfermedad, en la comunidad se habla de «la enfermedad del Sida», y muy pocos saben la diferencia entre el VIH y el Sida.

[El Sida] es una enfermedad bien contagiosa, que no tiene cura (mujer adulta).

Los comuneros consideran que el sistema médico formal solo puede ofrecer «calmantes», y que la única opción para curarse del Sida es recurrir a un tratamiento con plantas medicinales como la uña de gato o el aceite de copaiba. Sin embargo, se precisa que la curación con este tratamiento solo es efectiva cuando la enfermedad está en sus inicios, y que para comprobar el avance del tratamiento es necesario controlarse en los servicios de salud.

Existe un gran temor frente al Sida, el cual es transmitido y reforzado por las campañas educativas, puesto que los agentes de salud, que consideran que a través del miedo lograrán un cambio de comportamiento, ponen énfasis en el carácter incurable de este síndrome.

Eso nos han dicho en el colegio, hasta por dar la mano [te puede dar Sida] (adolescente hombre).

Los programas de radio y televisión que los pobladores escuchan o ven, sea en la comunidad o cuando salen a las ciudades, también refuerzan esta cultura del miedo.

En la medida en que el Sida es percibido como muy «contagioso», se asume que si una persona tiene VIH, su pareja también lo ha adquirido.

Si bien la mayoría de comuneros saben que la principal vía de transmisión es la sexual, también señalan otras supuestas formas de contagio, tales como compartir los utensilios: vasos, cucharas, etcétera. Ellas y ellos consideran que puesto que en estos objetos queda la saliva de la persona infectada, esta pasa directamente al estómago de cualquiera que los use, que por lo tanto adquiere la infección.

Sí, he escuchado que a través del cepillo de dientes hay veces, prestando el que está con esa enfermedad, tú no lo conoces, le están prestando, y por la saliva, no sé, por ahí se puede contagiar (mujer adulta).

Así mismo, con cierta frecuencia apareció la noción de que sentarse en el mismo sitio —especialmente si este quedó húmedo— es otra vía de transmisión. También, aunque con menor frecuencia, se señaló que la transmisión se produce por la picadura de mosquitos y el uso de inyectables. Ante la pregunta de si bañarse en el mismo río podía ser una vía de transmisión señalaron que no porque «en el agua se va».

La transmisión por vía sanguínea es fácilmente aceptada y entendida. También unas cuantas personas mencionaron la vía de transmisión vertical entre la madre y el bebé; se considera que esta ocurre por el intercambio de sangre durante el embarazo.

Hay otros que nos dicen que cuando la madre está con esa enfermedad y engendra su bebido y le puede pasar eso [por la sangre]. De eso también nos aconsejan las enfermeras que tienen que cuidarse (mujer adulta).

No fue posible determinar si existe la noción de que, al inicio, la infección por VIH es asintomática, puesto que al hablar de Sida los pobladores se refieren a una etapa que conlleva signos y síntomas. De manera generalizada, asocian el Sida a delgadez —«estar flaco»—, debilidad —«sin fuerzas, pálido»—, presencia de

manchitas en la cara —«como varicela»—, así como fiebre, dolor de cabeza y «tristeza»: «se pierde la alegría», «le cambia el carácter».

Sobre la base de esos resultados, se puede afirmar que el grado de acercamiento de la población al tema del VIH y el Sida es mayor de lo que piensan los agentes de salud y educación, sobre todo en lo que se refiere a los y las adolescentes, que manejan más datos. Los agentes de salud y educación consideran que la comunidad «no sabe nada» sobre el tema.

### *Las conductas sexuales percibidas como riesgosas y las personas consideradas en situación de vulnerabilidad frente al VIH y el Sida*

Las conductas consideradas de riesgo para adquirir el VIH son:

- Tratar con personas «de afuera» de la comunidad. En la medida en que para las y los habitantes de la comunidad el VIH-Sida viene «de afuera», el trato con personas foráneas se torna peligroso; además, los forasteros son también desconocidos, lo cual incrementa el riesgo, que no reside solo en tener relaciones sexuales sino hasta en tomar del mismo vaso que «varios hombres».
- Tener relaciones sexuales con varias personas o con hombres o mujeres heterosexuales que han tenido múltiples parejas.
- Tener relaciones sexuales con homosexuales, ya que ellos son percibidos como personas que «se meten con uno y con otro»; es decir, la homosexualidad está ligada a la multiplicidad de parejas.

Tanto la población adulta como los agentes de salud y educación identifican a las y los adolescentes como el sector más vulnerable frente al VIH. Esta percepción se basa en sus comportamientos durante la etapa de desarrollo —«son loquitos», «son más atrevidos», «tienen relaciones con uno y con otro»—, así como a su posibilidad de movilizarse a otros lugares y tener relaciones con «gente de afuera». Los agentes de salud también señalan que las y los adolescentes que no tienen mucha comunicación con sus padres y/o aquellos que se muestran ansiosos por acceder a bienes materiales son más vulnerables.

### *Lo que se siente frente a las personas que viven con VIH y Sida (PVVS)*

Los pobladores refirieron que si estuvieran frente a una PVVS, tendrían una actitud de distanciamiento por miedo a la transmisión. Pese a que esta actitud no es percibida como rechazo, en la práctica sí puede llevar a un aislamiento de la PVVS:

[Si tuvieras Sida] te dejan alejado, no se te acercan, no vienen a tu casa a pasear (adolescente hombre).

El temor es tan grande que incluso se considera que una persona que ha tenido el virus puede transmitirlo después de muerta. Así, una mujer relató el caso de un hombre que había muerto por Sida y que fue enterrado sin ser velado, por miedo al contagio:

No lo han velado [porque] si no va a pasar su enfermedad (mujer adulta).

Algunos hombres adolescentes y adultos manifestaron la idea de que las PVVS deberían ser retiradas de la comunidad para evitar la transmisión:

Mandarles a tratar, sacarles de acá para que no se contagien los jóvenes (adolescente hombre).

Cuando se les pidió imaginar que su pareja tenía VIH, la gama de reacciones fue más diversa. Las respuestas fueron desde sentir rencor y molestia, abandonarla, no volver a tener relaciones sexuales con ella, hasta intentar curarla con plantas medicinales y acompañarla hasta su muerte. Asimismo, indefectiblemente señalaron que si la pareja tiene VIH, eso significa que él o ella también lo tiene:

Si mi enamorada tiene esa enfermedad, yo también la tengo... [en ese caso] yo me voy de acá para no pasar vergüenza, me voy de mi comunidad (adolescente hombre).

Los docentes y agentes de salud coincidieron al afirmar que la reacción de la comunidad hacia una PVVS sería de rechazo y distanciamiento. Incluso, un agente de educación relató el caso de una alumna de la escuela que tenía VIH y sus compañeros y compañeras no se le acercaban por miedo.

Si todos le dirían quién tiene esa enfermedad para que [se] cuide bastante de esa persona que está enferma (adolescente hombre).

Como se puede apreciar con toda claridad en esta comunidad, la cultura del miedo con relación al VIH-Sida es la base para las actitudes estigmatizantes y las conductas discriminadoras hacia las PVVS.



### Área 3: La prevención asociada a la sexualidad: itinerarios frente al embarazo no planificado, las ITS y el VIH

#### La prevención desde la propia comunidad

La comunidad no conoce la palabra *prevención*. Aunque pueden haberla escuchado, no saben exactamente a qué se refiere. Las personas que pudieron definirla aludieron al cuidado, a evitar enfermedades.

Los agentes de educación y salud consideraron que no hay actitudes ni conductas de prevención. Señalaron que los habitantes de la comunidad piensan que, por vivir en contacto con la naturaleza, no tienen enfermedades, y que son los forasteros los que las llevan. Sin embargo, a pesar de la percepción de estos agentes, en los discursos de la población sí se encontró la preocupación por cuidarse y, por consiguiente, establecer estrategias preventivas. Esto se manifiesta, por ejemplo, en que a los hijos, y especialmente a las hijas, se les habla de la importancia de prevenir el embarazo e incluso de usar métodos anticonceptivos. También está presente la noción de que es necesario cuidarse de las ITS.

Incluso, una mujer señaló que, en su opinión, en el pasado las personas de la comunidad se cuidaban mucho más y por eso no se enfermaban como ahora:

Los más antiguos son los que se cuidan, pero los modernos se están descuidando de todo esto [...] por más que se les dice que hay que prevenir, pero no, ya no se cuidan [...] los antiguos sí, ellos sí eran bien cumplidos. Si tú les decías que se cuiden, ellos se cuidaban. Por eso en las comunidades no se veían las enfermedades que venían de la ciudad [...] tanto la pareja como sus hijos sanos crecían, no se enfermaban, no tenían ninguna enfermedad contagiosa. Ahora no sé, no me explico por qué tanto que conocen los modernos, no sé por qué no practican lo que están viendo. En el futuro no pensarán, eso digo (mujer adulta).

Según las y los comuneros, cuidarse se traduce en tener una sola pareja, evitar tener relaciones con personas que recién conozcan —es decir, cuidarse solo al inicio de una relación—, evitar tener tratos con forasteros y, en menor medida, usar condón. Ahora, el hecho de que recomienden estas medidas de prevención no necesariamente significa que las cumplan.

### El itinerario frente al embarazo adolescente

Tanto la población como los agentes de salud y educación coinciden en que, ante un embarazo no planeado, la chica busca ayuda en su madre y no en su padre, pues teme que él se enoje mucho o incluso reaccione con violencia.

Generalmente [las chicas buscan] a su mamá, ella es la primera que sabe, porque con la mamá tienen más confianza las chicas. Aquí hay comunidades que le ocultan al padre por temor y el papá es el último en saber que su hija está embarazada (docente).

La madre es la persona que puede brindar a la adolescente embarazada un apoyo efectivo, pues las amigas solo están en condiciones de ofrecer un soporte emocional. La madre será la mediadora entre la hija y el padre, aunque se cuestiona que la chica recurra a ella cuando el embarazo ya es un hecho y no antes, para conversar de sus dudas. Luego de la revelación del embarazo, en algunos casos la adolescente acude a la posta, acompañada por su madre, para recibir atención prenatal.

Algunas adolescentes mencionaron que es más seguro acudir al puesto de salud que a la partera, mientras que otras refirieron que se sentirían mejor con esta última. En la comunidad, el trabajo de la partera está dirigido más al acompañamiento del embarazo que a la atención del parto. Así, las parteras acomodan al bebé mediante masajes —le llaman *partear*— y evalúan si se pueden presentar complicaciones; por ejemplo, si se identifica que el bebé es muy grande o que no se ha ubicado bien, se recomienda a las mujeres no dar a luz en casa sino ir a atenderse a Sepahua. Para el parto en sí, la práctica más común es dar a luz en casa con ayuda de la madre, de otra mujer de confianza o del esposo; la partera es llamada únicamente cuando el parto no transcurre de la manera esperada.

Una barrera mencionada por las adolescentes para acudir al puesto de salud es su temor a ser desnudadas, especialmente cuando el encargado de la atención es un hombre, como ocurre en esta comunidad.

### El itinerario frente a las ITS

Cuando una adolescente sospecha que tiene una ITS, también acude donde su madre, que primero intenta curarla con plantas medicinales. La cadena de tratamiento con plantas a veces se extiende a otras mujeres; es decir, si la madre no sabe cómo tratar el caso, acude a una hermana mayor, a una tía o a la abuela. Solo si estos intentos fracasan la paciente recurre al puesto de salud.

Primero al vegetariano. Si no sanas, a la posta (mujer adulta).

Los adolescentes hombres señalaron que si sospecharan que tienen una ITS, se lo contarían a sus amigos, pero si ellos no pudieran ayudarlos, acudirían a su padre o a su madre para que intenten curarlos con plantas medicinales. En algunos casos, refirieron que irían directamente al puesto de salud, tal vez porque saben que ahí los atendería una persona de su mismo sexo.

Los adultos hombres presentan una mayor predisposición a acudir al servicio de salud, dato que fue confirmado por los agentes de salud. Sin embargo, al igual que en los otros casos, primero se intenta tratar la infección con plantas medicinales:

Acá tenemos vegetales. Con eso nomás se cura, a veces más con medicamentos también se puede curar esa enfermedad (autoridad).

La mujer adulta primero recurre a las plantas medicinales o a los servicios de salud de su propia medicina; por ejemplo, algunas mujeres mencionaron a la vaporadora.<sup>10</sup>

La práctica de curarse con plantas medicinales —llamadas *vegetales*— fue confirmada por un agente de salud foráneo, quien señaló que las y los pobladores creen en la «maldad» y en la «brujería», y primero acuden a sus «hierbas»; solo si la enfermedad se complica recurren a la posta.

Si el caso de ITS es percibido como grave, buscan ayuda en el hospital de Sepahua, y si no encuentran mejoría, van al hospital de Atalaya. Una autoridad indicó que los comuneros recurren a la posta por síntomas considerados menores —fiebre, dolor de estómago, dolor de cabeza, etcétera—, pero para dolencias más graves, van al hospital de Sepahua. Esta percepción de los pobladores se relaciona con la costumbre, mencionada por el personal de salud, de que ellos y ellas acuden a la posta —o mandan a sus hijos— solo para recoger medicamentos, e incluso manifiestan el deseo de que el profesional de salud les lleve las medicinas a sus casas; la respuesta de los agentes frente a este pedido ha sido que la posta no es una «farmacia ambulante». Estas actitudes parecen

<sup>10</sup> Casi siempre se trata de una mujer y es frecuente que también sea partera. La terapia del vapor se aplica poniendo piedras calentadas al rojo vivo en un recipiente con agua al que se añaden hierbas con propiedades curativas particulares. El o la paciente se cubre con una frazada y se agacha sobre el recipiente, como si se tratara de una tienda de campaña en cuyo interior se expande el vapor. Después las hierbas remanentes en el recipiente son examinadas por la vaporadora, quien luego de identificar la enfermedad entre los residuos, exorciza al paciente (Hvalkof 2003).

indicar que el servicio de salud se valora sobre todo por los medicamentos que proporciona.

Una barrera para acudir a la posta a tratarse una ITS, que mencionaron tanto los adolescentes como los adultos hombres, es la falta de certeza de que el agente de salud va a mantener la confidencialidad. Como señalaron las autoridades, la persona que ha contraído una ITS siente cierta vergüenza, y teme que el agente difunda esta información. Finalmente, otra barrera es que la posta cuenta con muy poco personal.

### **El itinerario frente al VIH y al Sida**

Dado que este es un problema de salud reciente para estas poblaciones, no hay un itinerario trazado. Las respuestas se orientaron solo a la búsqueda de curación en su propia medicina, puesto que saben que la medicina formal no les puede ofrecer una cura y desconocen las ventajas de los retrovirales.

Nada... ¿qué voy a hacer? Ya no hago nada, ya solo esperar su muerte (mujer adulta).

No puedo hacer nada porque ya tu familia está con esa enfermedad (adolescente hombre).

### **El uso del condón como medida de prevención**

Los y las adolescentes conocen el condón o preservativo debido a la información proporcionada por los docentes o recibida en charlas del técnico sanitario. Se reconoce la doble protección del condón, pero se valora más su función de prevenir el embarazo.

Los adolescentes hombres muestran una actitud más favorable hacia el uso del condón en comparación con las mujeres. Sin embargo, no lo usan de manera continua sino solo con chicas de fuera de la comunidad. Si una mujer le propone a su pareja usar condón, se interpreta como que está siendo infiel o tiene alguna enfermedad.

El acceso al condón se da a través de la posta, y lo solicitan únicamente los hombres. Como barreras para el acceso al condón se señaló la vergüenza de ir a pedirlos, que la entrega sea condicionada a la edad, que no haya condones y que se los entregue sin explicar cómo usarlos. Por otra parte, algunos adolescentes de ambos sexos manifestaron dudas respecto a la eficacia del condón.

Para la prevención del embarazo, las mujeres adolescentes prefieren usar métodos anticonceptivos que están bajo su control, como las «ampollas», las «pastillas» y las hierbas. En esta misma lógica, un adulto refirió que a las adolescentes no se les enseña cómo usar el condón porque es el hombre quien debe encargarse de ello.

Su uso no depende de la mujer (adulto hombre).

Las y los adultos se acercan al condón menos que los adolescentes. Las mujeres han escuchado hablar de este, pero no lo conocen. Los hombres lo usan cuando tienen relaciones que consideran de riesgo para las ITS: con homosexuales o con mujeres con las que no mantienen una relación de pareja estable o son desconocidas. Asimismo, usan condón algunas parejas jóvenes de la comunidad que desean evitar el embarazo; sin embargo, el uso en este grupo debe de ser mínimo, puesto que la mayoría de mujeres adultas previenen los embarazos con «ampollas» y plantas medicinales.

En el grupo de adultos, tanto hombres como mujeres, apareció la barrera de la disminución del placer sexual. Las mujeres, además, hablaron del temor a que les produzca dolor o pueda «hacerles mal». También refirieron que si ellas propusieran usarlo, su pareja se enojaría. Por último, dijeron que si su pareja les propone usar condón es porque tiene alguna enfermedad:

[Yo pensaría] que ya encontró su enfermedad, por eso [me pide] (mujer adulta).

Para una de las autoridades, las barreras respecto al uso del condón están relacionadas con la falta de información sobre las ITS y con el desconocimiento sobre qué es y cómo se usa el condón. Señaló que no es necesario usar condón dentro de la comunidad porque las relaciones sexuales son entre personas conocidas, mientras que cuando se sale de esta, por razones de trabajo o estudio, sí hay que cuidarse:

Me comentan que conociéndola bien a la otra persona, que no tenga la enfermedad, entonces no se usa (autoridad).

Por su parte, los agentes de salud y educación consideraron que las barreras están asociadas al desconocimiento sobre qué es y cómo se usa el condón, a la vergüenza de solicitarlo y a la idea de que el placer sexual disminuye. Los agentes de salud señalaron que quienes más solicitan condones son los hombres jóvenes,

pero que su uso se restringe a las relaciones sexuales con parejas ocasionales, con chicas de la comunidad consideradas «movidas» —porque tienen varias parejas sexuales— y con homosexuales:

Normalmente, [usan el condón] para ocasiones de relaciones ocasionales (trabajador de salud).

Algunos agentes de educación de ambos sexos hicieron referencia a que el condón produce dolor en la mujer y que no es natural porque no permite la penetración completa:

Pero con condón parece que no, vulgarmente, no entraba todo (docente).

También refirieron que, al usarlo, las mujeres se sienten «de la calle». Un docente relató su propia experiencia:

Aquí reparten condón una enfermera. Entonces, sin decirle a mi pareja, me he puesto. En la noche empiezo y ella al toque siente, me botó. ¿Qué pasa? «Bien seco», me dice. Entonces me respondió mi señora: «¿Acaso soy una chica de la calle? Yo soy tu propia señora, bóvalo ese condón». Qué utilizaran otros, de repente un líquido especial (docente).

Así mismo, está presente la idea de que si los miembros de la pareja son fieles, no necesitan usar condón:

Lo primero es que debe haber una mutua confianza entre el esposo y la mujer, respetarse ambos... porque si tienen este respeto, no va a ser necesario usar el condón porque saben que tu pareja te está respetando, porque saben que tu pareja jamás te va contagiar de enfermedades ni de Sida (docente).

Estas ideas de los educadores probablemente estén siendo transmitidas a las y los adolescentes a través de las actividades de información y orientación.

## Área 4: Oferta y acceso a las estrategias de prevención de las ITS, el VIH y el Sida

### Las acciones de prevención para la comunidad

Los trabajadores de salud informaron que en los colegios se realizan actividades de consejería dirigidas a que la población adolescente aprenda a detectar los síntomas de las ITS, y también refirieron que hay campañas dirigidas a la población adulta, la última de las cuales se realizó durante una minga. Sin embargo, los comuneros no sabían que se hubieran organizado campañas de prevención de las ITS, sino solo sobre planificación familiar u otros aspectos de la salud. Por otra parte, los agentes de salud señalaron que no contaban con recursos de personal ni materiales para desarrollar este trabajo.

No hay, desde la escuela, una estrategia definida o una campaña organizada. Cada docente define qué temas de salud y sexualidad aborda. Algunos utilizan la hora de tutoría para hablar con los y las jóvenes sobre la prevención de las ITS, los cambios en la adolescencia y el Sida. Este trabajo es conocido por la comunidad: los padres y las madres saben que sus hijos e hijas reciben esta información en la escuela.

Pese a que la autoridad de la comunidad considera que el tema de la educación sexual debe estar a cargo de los docentes, ellos y ellas no sienten que son un referente al respecto. Manifestaron que no necesariamente se los escucha, sino que la población espera que los «expertos» —es decir, el personal de salud— brinden la información.

Debido a la alta rotación a la que está expuesto, el personal docente no logra construir lazos de confianza con el alumnado, de modo que las y los adolescentes no cuentan con el apoyo de sus profesores para enfrentar problemas de salud sexual y reproductiva. Ante esta situación, las y los docentes, reconociendo el papel que tienen las madres en la comunidad, consideraron que más bien deben dirigirse a ellas para orientarlas, con el fin de fortalecer sus capacidades para que apoyen a sus hijos e hijas.

Los adolescentes, hombres y mujeres, mencionaron cuáles son los tres materiales informativos-educativos de su preferencia: folletos, videos y afiches. Algunos sugirieron que los folletos sean solo en castellano, mientras que otros preferirían que estén escritos en ambos idiomas. A las y los adolescentes mayores les gustan más las fotografías de personas que los dibujos; en cambio, los de primero de secundaria optan por los dibujos animados a colores.

Respecto a las personas que deben brindarles orientación y educación, las y los adolescentes mencionaron al personal de salud y de educación, así como a las madres. Si bien el par aparece como una figura cercana, se considera que no tiene muchos conocimientos y experiencia, y además se duda de su confidencialidad. Surgió la propuesta de trabajar con pares un poco mayores, porque se supone que cuentan con más experiencia; además, se propuso que fueran personas ajenas a la comunidad, porque así no existiría el temor de que divulguen lo que se les cuente.

Los agentes de educación y salud refirieron que en los mensajes dirigidos a los y las adolescentes debe enfatizarse principalmente el uso del condón —sobre todo a través de videos—, y que en el trabajo de prevención es importante incorporar a los padres y madres para que apoyen a sus hijos e hijas.

En cuanto a las estrategias de prevención para las personas adultas, el video surgió como el material educativo más pertinente. Así mismo, se planteó la necesidad de contar con traductores en las charlas. El folleto no se considera un material apropiado porque hay personas que son analfabetas y porque no hay costumbre de leer.

Una autoridad sugirió que no solo se realizaran charlas eventuales, sino campañas de dos o tres días en las que se involucre a toda la comunidad. Asimismo, se sugirió focalizar las intervenciones en ciertos grupos de la población.

Para las autoridades, es importante trabajar con las chicas que suelen ir a Sepahua o que están en contacto con personas de fuera de la comunidad. Los agentes de salud consideran prioritario el trabajo con adolescentes de ambos sexos y con homosexuales. Así mismo, consideran que un grupo importante al que se debe dirigir la intervención es a las mujeres, porque ellas son más estables en la comunidad —puesto que los hombres salen por motivos laborales— y porque se preocupan más por este tipo de temas.

## 2.2 PUEBLO SHIPIBO-CONIBO: COMUNIDAD PUERTO BELÉN

### Área 1: Prácticas sexuales en la comunidad, el establecimiento de la pareja y la percepción acerca de la homosexualidad

#### El inicio sexual

El inicio sexual ocurre a edades tempranas: de 12 a 15 años para las chicas y de 15 a 17 para los adolescentes. Como puede observarse, también en esta comunidad el inicio sexual de las mujeres se produce más rápido.

48



A los adultos, tanto pobladores como agentes de salud y educación, les preocupa el riesgo de que, como consecuencia de las relaciones sexuales, las y los adolescentes se vean expuestos a contraer ITS y VIH o a enfrentarse con embarazos no deseados.

Algunas mujeres adultas piensan que el inicio sexual se ha adelantado, pues antes se producía a los 18 o 20 años. Esta percepción no corresponde a la realidad, puesto que en las sociedades amazónicas el inicio sexual temprano ha sido siempre la norma. Lo que sí ha cambiado son las condiciones socioeconómicas, que determinan que el embarazo temprano no resulte funcional. Una autoridad sostuvo que el inicio sexual temprano es una costumbre de su pueblo que actualmente genera problemas económicos:

Hay dificultad para la mantención. En este tiempo las cosas son caras, a mí me preocupa (autoridad).

Tanto los adultos como los y las adolescentes de la comunidad consideran que el inicio sexual es resultado del deseo sexual o del enamoramiento propio de esta edad. Solo una autoridad y los agentes de educación y salud opinaron que este inicio temprano es resultado, más bien, de la falta de diálogo, orientación y apoyo por parte de los padres y madres de familia.

49

### El establecimiento de la pareja

Hubo consenso entre adultos y adolescentes respecto a que la edad para formar una pareja estable es entre los 15 y los 20 años. Consideraron también que el hombre debe ser mayor que la mujer; en su opinión, es importante que él sea «maduro» para que pueda sostener a la familia. Señalaron que, actualmente, algunos adolescentes de ambos sexos están postergando la estabilización de la pareja con el fin de seguir estudiando, dado que el formar una familia implica dejar la escuela. En su opinión, el proyecto de estudiar es incompatible con las exigencias de hacerse responsable de un hogar.

La conformación de pareja es una decisión que toman las y los adolescentes, aunque algunos agentes de educación mencionaron que aún se presentan casos de padres que entregan a sus hijas de 14 años sin que ellas estén de acuerdo.

Las mujeres adultas describieron el proceso seguido por las parejas para formalizar su convivencia: el hombre debe ir donde los padres de la chica a pedirles la mano; si aceptan, él se muda a la casa de ella. Esta es una práctica tradicional, puesto que la sociedad shipibo-conibo es matrilocal.<sup>11</sup> Pero también se mencionó que, en la actualidad, algunas parejas simplemente se «juntan» —sobre todo cuando tienen un hijo o hija— y viven separadas de la familia de la esposa.

Antes de establecerse como una pareja formal, tanto el hombre como la mujer pueden haber tenido entre tres o cuatro parejas. Según las y los adolescentes y algunos hombres adultos, los hombres tienden a tener más parejas que las mujeres. Algunos adultos y adultas mencionaron rangos entre 5 a 10 parejas e incluso 20 a 30. No fue posible identificar si estas diferencias obedecen solo a una percepción o si realmente está disminuyendo el número de parejas sexuales en las nuevas generaciones.

Como ya se ha señalado, el inicio de la vida en pareja suele ocurrir como resultado del embarazo de la joven, dato que ha sido confirmado por los agentes de salud y educación. Sin embargo, no siempre los hombres se responsabilizan de los embarazos de sus parejas: a veces se hace necesario que el agente municipal de la comunidad y otras autoridades le exijan al hombre que se haga cargo, y si se niega, debe firmar un documento. Pese a ello, no siempre se logra que asuman su responsabilidad; algunos prefieren irse de la comunidad antes que hacerse cargo de su hijo o hija.

Respecto a la infidelidad, la gran mayoría de pobladores afirmó que en la comunidad sí se produce este hecho, tanto en mujeres como en hombres, aunque más en estos últimos. Muchas separaciones se producen porque los hombres tienen más de una pareja, generalmente en comunidades diferentes. En el caso de las mujeres, la infidelidad parece estar asociada a la ausencia de sus esposos, que deben salir de la comunidad por razones laborales.

En la actualidad, la práctica de los hombres de tener varias familias se ha visto restringida por la situación económica:

Ahora se puede tener una sola mujer; antes, tres o cuatro (hombre adulto).

En el caso de los abuelos, era posible tener más de una esposa. Ahora no, la plata no alcanza (hombre adulto).

### La homosexualidad y las relaciones entre personas del mismo sexo

Algunos pobladores sostuvieron que en la comunidad sí hay homosexuales e incluso precisaron su número: «unos cinco». Otros dijeron que no se los ve porque su familia los ha botado y se han ido a Pucallpa. Hubo otro grupo que señaló que en la comunidad no hay homosexuales, pero que sí llegan de otras comunidades —como Tucuru y Calleria— y de la ciudad:

De Pucallpa llegan unos tres o cuatro para trabajar en peluquería: hacen ondulaciones, tiñen el pelo. Llegan maquillados, peinados y vestidos como mujeres (hombre adulto).

Los adolescentes hombres señalaron que algunos homosexuales foráneos buscan a los jóvenes y les ofrecen dinero a cambio de relaciones sexuales, y que hay chicos de 14 y 15 años que aceptan fácilmente sus propuestas. Los agentes de salud también refirieron que, en algunos bares, se producen encuentros entre homosexuales y estudiantes.

Los adultos hombres señalaron que la homosexualidad «es mala»:

Cuando viven hombre con hombre o mujer con mujer, ahí nacen las enfermedades incurables (hombre adulto).

[Los homosexuales] tienen Sida (hombre adulto).

[Si en la comunidad hubiera homosexuales], se les llamaría la atención porque para eso hay mujeres (autoridad).

<sup>11</sup> El término hace referencia al establecimiento de la nueva pareja en el hogar de la familia de la mujer.

Algunos agentes de educación mencionaron que la comunidad mira con extrañeza a los homosexuales que vienen de fuera y que no les gusta que lleguen porque «la homosexualidad es una enfermedad que siempre atrae».

### Las relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes

Todos los y las participantes afirmaron que existen este tipo de intercambios sexuales. Algunos sostuvieron que esta práctica se restringe a chicas de 13 a 15 años y otros dijeron que involucra tanto a chicas como a chicos. Las personas que acceden a este tipo de servicios, pagándolo sea en dinero o en víveres, son madereros<sup>12</sup> que viven en la comunidad por razones de trabajo, empresarios que llegan de Pucallpa y papayeros.<sup>13</sup>

Los agentes de salud consideraron que esta práctica se viene dando desde hace tres años, cuando entraron los madereros a la zona. Ellos alertaron que se están produciendo situaciones extremas:

Por galletitas o por cincuenta céntimos están tocando a niñas de la comunidad (trabajador de salud).

Este tipo de intercambio sexual se considera negativo, especialmente porque se cree que las personas de fuera pueden ser portadoras de enfermedades. Piensan que la causa de que las niñas o adolescentes acepten estas relaciones es la necesidad o el deseo de tener dinero para comprar bienes que sus padres no les pueden dar. Afirman que algunos padres saben lo que sucede y «no hacen nada».

Las chicas que tienen sus problemas, a veces les gusta los dineros, a veces cuando faltan las cosas, nada compra su papá [...] más lo que quiere es plata [para comprar útiles] de colegio. Entonces, de ley tiene que buscar (autoridad).

A veces, las relaciones con los forasteros terminan en enamoramientos o en embarazos, y por eso hay chicas que deciden irse con ellos y dejar su comunidad. Por otro lado, se contaron casos de chicos y chicas que van a Pucallpa y, como no encuentran trabajo, terminan prostituyéndose. No se identificó una respuesta organizada de parte de la comunidad para responder a esta problemática.

52

<sup>12</sup> Personas que trabajan en la extracción de madera en la zona.  
<sup>13</sup> Personas que comercializan papayas.

### Las relaciones sexuales y el consumo de bebidas alcohólicas

Al igual que en el pueblo yine, las bebidas alcohólicas que se consumen son la cerveza y el clímax. El masato no es considerado una bebida alcohólica, aunque se informa que las personas se inician tomando masato y luego continúan con la cerveza y el clímax.

La mayoría expresó que quienes consumen alcohol son los hombres, no las mujeres:

Elas no toman, toman dos vasitos y nada más (mujer adulta).

No se marean hasta caerse. Cuando están un poco mareaditas, se van a su casa. Los hombres sí se emborrachan (mujer adulta).

Sin embargo, un hombre adulto comentó que antes las mujeres eran «masateras» y que por eso ahora se les ha prohibido que tomen, porque daban mal ejemplo a los niños. Se señaló que las mujeres y los hombres generalmente toman en grupos separados, pero a veces ellas se integran al grupo de los hombres.

Se toma los sábados y domingos, los cumpleaños y las fiestas de la comunidad. Los agentes de educación señalaron que el alcohol es un problema para los adolescentes hombres, que están empezando a tomar desde los 14 años y lo hacen hasta en la escuela, donde llevan a escondidas su cerveza y aguardiente. La existencia de bodegas facilita el consumo de bebidas alcohólicas.

Los pobladores no consideran que el alcohol incremente el deseo sexual, pero sí aceptan que muchas personas tienen relaciones sexuales cuando están mareadas.

### La violencia contra la mujer

En esta comunidad también se mencionó que algunos episodios de violencia contra la mujer están asociados al abuso del alcohol por parte de los hombres. También ocurren por el supuesto «incumplimiento» del papel de ellas:

[La violencia se produce cuando] las mujeres no atienden como debería ser (autoridad).

Un hombre adulto refirió que la comunidad sanciona la violencia contra las mujeres encerrando en el calabozo a los agresores, pero una mujer adulta refirió que «la comunidad no se mete».

53

También hay casos en los que las mujeres son forzadas a tener relaciones sexuales, y no solo en parejas que conviven sino incluso entre enamorados.

A su marido tiene que respetar. O sea, si le exige, pues tiene que aceptar (hombre adulto).

Sí se puede obligar a tener relaciones sexuales si son enamorados (adolescente hombre).

El negarse a tener relaciones sexuales parece ser una situación que expone a las mujeres a ser violentadas. Las adolescentes mujeres critican esta situación porque «la mujer no quiere».

## Área 2: Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y al Sida, así como a su prevención

### Lo que se sabe y piensa acerca del VIH y el Sida

En general, los habitantes de la comunidad identifican la «enfermedad del Sida». Mujeres y hombres adultos que tienen estudios técnicos superiores demostraron tener una información bastante precisa sobre el VIH y el Sida.

En esta comunidad, el VIH y el Sida están asociados al «peligro» porque se trata de un mal «incurable», que «lleva a la muerte» y es «contagioso». Solo las y los adolescentes mencionaron la posibilidad de curación con plantas medicinales.

Las relaciones sexuales son consideradas como una vía más de transmisión, sin el énfasis encontrado en la otra comunidad. Al mismo tiempo, aparecen otras vías de transmisión que corresponden a la realidad —a través de la sangre y la transmisión vertical durante el embarazo; en este último caso, se considera que la transmisión también se produce mediante la sangre— y otras que son incorrectas, como compartir vasos, cubiertos, platos y peines; bañarse en la misma *cocha*; sentarse en el mismo asiento; por la picadura de mosquito e incluso por visitar a la persona o jugar con ella.

Una diferencia respecto a los yines es que las y los adolescentes shipibo-conibo no tienen más información sobre el tema que las y los adultos.

En este caso, tampoco fue posible determinar si existe la noción de que, al inicio, la infección por VIH es asintomática, puesto que identifican el Sida como un todo

en el que no distinguen diferentes etapas. El Sida es asociado con síntomas como delgadez, palidez, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, fiebre, diarrea y heridas, llagas o ronchas en el cuerpo:

Se vuelve flaquito (adolescente hombre).

Te enronchas, te da fiebre, tiritas... le duele su cabeza (mujer adulta).

Lleva hasta la muerte [porque] destruye nuestros órganos (autoridad).

[Las personas de la comunidad] escuchan, preguntan. «¿Cómo es?», me dicen, y yo les digo que al inicio te salen heridas, te enflequeces, te haces pálido... Una simple enfermedad como la neumonía, la tuberculosis, te va dar diarrea, no quieres comer y te mueres. Las heridas que no quieren sanar (trabajador de salud).

[El Sida se manifiesta] en su carácter, baja de peso y dicen que también le salen cosas en la piel, también va a cada rato al baño, yo creo que esos [son los] síntomas (docente).

Algunas adolescentes mujeres manifestaron que es posible reconocer a una persona con Sida «por su cara».

Respecto a si la comunidad está informada sobre el tema, los agentes de salud y educación tienen opiniones diferentes. Algunos refieren que sí porque el puesto de salud cuenta con un altoparlante a través del cual todas las mañanas se difunde el programa *Voz del Puesto de Salud*, que ofrece información, pero otros consideran que no. En lo que ambos grupos están de acuerdo es en que los pobladores no tienen información correcta sobre las vías de transmisión, lo cual, como se ha visto, no es cierto.

### Las conductas sexuales percibidas como riesgosas y las personas consideradas vulnerables frente al VIH y el Sida

Las conductas consideradas de riesgo para adquirir el VIH son las mismas que en el pueblo yine:

- Tener relaciones con personas «de fuera» de la comunidad, especialmente de ciudades como Pucallpa, aunque algunos adolescentes mencionaron que en la comunidad de Utucuro también hay muchos casos de Sida.
- Tener relaciones sexuales con varias personas, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres.

- Tener relaciones con homosexuales, ya que ellos «tienen Sida».

También surgió la idea de que cuando una chica es abusada sexualmente, adquiere Sida y lo transmite a su pareja.

La mayoría de adultas y adultos, tanto pobladores como agentes de salud y educación, identifican a las y los adolescentes como el grupo más vulnerable frente al VIH. Las razones que dan para ello son diversas: las y los adolescentes se involucran con forasteros; en esta etapa de la vida el impulso sexual es fuerte, lo que los lleva a tener relaciones con varias personas tanto de dentro como de fuera de las comunidades; tienen mucha libertad para movilizarse; tienen relaciones con homosexuales.

Porque ese tipo de enfermedades vienen de afuera y los hombres vienen de afuera y [las chicas] son las que más buscan las relaciones (mujer adulta).

Porque ellos son los más mujeriegos, los jóvenes, porque están en su etapa (hombre adulto).

Están en la etapa de estar por aquí y por allá. Van a otra comunidad y están en más riesgo (trabajador de salud).

Algunos hombres adultos mencionaron que las personas de su sexo son las que están en más riesgo porque tienen más parejas que las mujeres.

### Lo que se siente frente a las personas que viven con VIH y Sida (PVVS)

Los pobladores señalaron que la actitud hacia una PVVS sería la de alejamiento por miedo al supuesto «contagio» que podría producirse en las actividades de la vida cotidiana.

[Si un familiar tuviera Sida] me sentiría mal porque me puede penetrar, de repente me puede contagiar (adolescente hombre).

De vez en cuando puedo ir a visitarlo para ver cómo está, pero ya no parar junto con ella, para no contagiarme (mujer adulta).

La reacción de las y los adultos frente a una persona con Sida está teñida de la asociación con la enfermedad y la muerte:

Me sentiría muy mal al enterarme que una persona tiene Sida porque ya se sabe que va a morir (mujer adulta).

Una autoridad planteó que a las PVVS se las debería aislar incluso de su propia familia:

[Sus hijos] podrían agarrar sus cosas y cortarse con un cuchillo, y como por la sangre se transmite... (autoridad).

Sin embargo, también surgió la idea de que la comunidad debería apoyar económicamente a la persona para que pueda atenderse:

Debemos de ayudar, dar su platita para que cure y se compre su medicina (hombre adulto).

Cuando se les planteó la situación hipotética de qué harían si su pareja tuviera VIH, la reacción más frecuente fue la de intentar curarla con «vegetales».<sup>14</sup> Y si no fuera posible, algunas personas refirieron que optarían por la separación y otras dijeron que la acompañarían hasta su muerte.

Eso no tiene cura, pero podría curarlo con vegetales. Y si ya no se puede, lo dejaría (mujer adulta).

Los agentes de educación y salud coincidieron en afirmar que la reacción de la comunidad sería de rechazo y distanciamiento. Un agente de educación relató el caso de una mujer que tenía Sida y fue rechazada por toda la comunidad; cuando ella murió, su esposo se fue a vivir a otra comunidad.

Se observa cómo la cultura del miedo al «contagio» nuevamente se sitúa en la base de las actitudes estigmatizantes y las conductas discriminatorias hacia las PVVS.

## Área 3: La prevención asociada a la sexualidad: itinerarios frente al embarazo no planificado, las ITS y el VIH

### La prevención desde la propia comunidad

Al igual que en la otra comunidad, no todas las personas conocen el significado de la palabra *prevención*. Quienes sí la conocían, la asociaron tanto a evitar alguna

<sup>14</sup> Plantas que se usan con fines terapéuticos.

enfermedad o situación no deseada —por ejemplo, un embarazo no planificado— como a curar la enfermedad. Para la prevención de la enfermedad, se señala que existen pastillas y «vegetales».

Los agentes de educación y salud de esta comunidad consideraron que la población sí comprende en qué consiste la prevención, pero no pone en práctica las medidas preventivas —las toma «en broma»— o las aplica de manera «errada». Por supuesto, hay que tener en cuenta que el calificativo *errada* es colocado desde la óptica de estos agentes, quienes consideran, por ejemplo, que prevenir los embarazos con plantas medicinales constituye un error. Una autoridad señaló que la comunidad enfatiza la prevención solo de ciertas enfermedades, por ejemplo las diarreas.

Los miembros de la comunidad sí consideran que en las relaciones sexuales hay que cuidarse. La mayoría señaló la importancia de prevenir tanto el embarazo no planificado como las enfermedades, entre las cuales se mencionó el Sida.

Tenemos que cuidar[nos] por relación sexual [...] no tenemos que buscar otras mujeres. Y los hombres, que no tengan [relaciones] con otros hombres (adulto).

### El itinerario frente al embarazo adolescente

En esta comunidad, a diferencia de la otra, la madre no aparece como una figura referente tan fuerte ante el embarazo de su hija. Se señaló que, por lo general, las madres se enteran del embarazo cuando a sus hijas «ya se les nota». Las amigas son las primeras personas que brindan soporte a la adolescente embarazada, pero es verdad que quien tiene la posibilidad de ofrecer una ayuda concreta es la madre. Se informó además que las adolescentes temen la reacción del padre, porque presumen que puede golpearlas o botarlas de la casa, aunque a veces quien responde violentamente es la madre.

Más confía en su mamá. Tiene miedo a su padre, de repente le puede pegar o les maltrata y después saca de la casa (mujer adulta).

Según el agente de salud, luego de dar a conocer su embarazo a su madre o a su familia, la adolescente acude a la posta para recibir atención prenatal, lo cual suele suceder generalmente entre los cuatro y seis meses de gestación. El agente de salud señaló que, muchas veces, las mujeres buscan la atención prenatal solo para recibir el arroz que se les entrega y no porque valoren este servicio. También

sostuvo que, a veces, las adolescentes van al puesto de salud esperando que se les practique un aborto.

Ella acude [al puesto de salud], no va donde su mamá, nada, [para decirle] tengo este problema. Quiere un apoyo para aborto, porque yo soy testigo, escucho. Yo apoyo para fiebre, dolores, para otro tipo de enfermedades, pero no para aborto. Más bien se le aconseja: «Tú misma te vas a perjudicar», y le ponemos a la lista para su control (agente de salud).

Al respecto, un agente de educación señaló que conoce tres casos de madres que hicieron abortar a sus hijas y que este acto no es penado por la comunidad porque se considera que cada padre o madre puede tomar decisiones respecto a sus hijos e hijas.

Esas chicas, cuando les empieza la enfermedad, [no vienen a la posta] hasta que puedan aguantar, [hasta que] les duela. Cuando se pelan, recién vienen. Primero con vegetales ellas solitas [se] curan; si no, vienen al puesto de salud para ver su enfermedad; si no, la pasan a Pucallpa (docente).

Algunas adultas refirieron que, para la atención del parto, algunas adolescentes acuden al puesto de salud y otras dan a luz en su casa, donde son atendidas por su madre o por el esposo, y solo en algunos casos por la partera. Desde la percepción de los agentes de salud, ha habido un incremento de 50% de los partos institucionales.

Para la prevención del embarazo no planificado, tanto las adolescentes como las mujeres en general utilizan «ampollas» o «vegetales» como la resina de plátano, o ambos al mismo tiempo. Una mujer adulta señaló que existen preparados de plantas medicinales que se toman durante un mes y que previenen el embarazo por tres meses.

### El itinerario frente a las ITS

Si bien no se logró identificar un itinerario claro, se informó que tanto adultos como adolescentes intentan curarse primero con plantas medicinales, y solo si esto no es posible van a la posta o incluso al hospital de Pucallpa. Algunos pobladores señalaron que primero acudían a la posta, y si esta no resolvía el problema, se buscaba la solución en las plantas medicinales. Los agentes de educación señalaron que a los adolescentes les da vergüenza ir al posta por una ITS.

El agente de salud mencionó que, en caso de presentar una ITS, los hombres acuden a la posta más que las mujeres. Ellas van por lo general en casos de bubón inguinal, y siempre acompañadas por otra mujer.

Entre las barreras para acudir a la posta se mencionó que algunas personas creen que la atención es cara y no saben que pueden inscribirse en el SIS, que las mujeres son «vergonzosas» y no les gusta mostrar sus genitales, y que se considera que la posta atiende sobre todo enfermedades de niños y accidentes. Otra de las barreras que señaló el agente de salud es el desabastecimiento de medicinas. Por ejemplo, en ese momento contaba con tratamiento para la gonorrea, pero no para la sífilis.

Entre los factores a favor, se señaló que existe una buena relación entre la población y los agentes de salud, y especialmente se hizo referencia a la confianza en sus capacidades y su confidencialidad. Esta confianza parece ser alimentada por la buena disposición que manifiestan para brindar los servicios.

El técnico, la enfermera, son bien vistos. Atienden a tiempo completo, las 24 horas del día (docente).

Continuamente, a través del altoparlante del puesto de salud, los agentes invitan a los pobladores a acudir si tienen algún problema.

### El itinerario frente al VIH y el Sida

El itinerario frente al VIH se reduce a buscar curarse con plantas medicinales como la sangre de grado y la resina. Un hombre mencionó un tratamiento que ha sido probado en Aguaytía:

Dice que han sanado varios de acá con rabo de raya. Es bueno, dice, mejor que las pastillas. [...] la colita debe cortar y le rascas con raja y le pones ese polvito que esta ahí y lo preparas con agua hervida. [Lo tomas] tres veces nomás y se cura, me han contado (hombre adulto).

Si estos medios no resultan, es posible acudir a la medicina formal para conseguir lo que la población llama «calmantes». Un adulto creía que ya se había descubierto la cura para el Sida:

He visto también en la tele, hay pastillas ya y le faltan traer en el Perú nomás (hombre adulto).

### El uso del condón como medida de prevención

La mayor parte de la población conoce el preservativo, aunque algunos adolescentes de ambos sexos y mujeres adultas refirieron que sabían que existía, pero que no lo habían visto, y unos cuantos dijeron que nunca habían escuchado hablar de este. Algunos adolescentes hombres creían que se trataba de un juguete, una especie de globo, y una mujer adulta señaló que servía para hacer adornos.

El enfermero les dice que recojan su condón, pero ellos lo toman en broma, se llevan y lo inflan (hombre adulto).

Si bien quienes conocen el condón saben que es un medio para protegerse del Sida y el embarazo, en la comunidad parecen valorarlo especialmente por lo segundo.

Las y los adolescentes muestran mayor apertura que los adultos frente al uso del condón. Sin embargo, también en este grupo se considera que disminuye el placer sexual o que solo es necesario usarlo cuando se tiene relaciones sexuales con personas desconocidas. Estas ideas constituyen una barrera para un uso continuado.

Los adultos y las adultas son más reticentes a utilizar el condón, debido a la idea de que disminuye el placer sexual:

Ellos no lo usan porque no están acostumbrados, porque hay hombres que dicen que, cuando usan preservativo, no es igual (mujer adulta).

Esta idea es asumida incluso por personas que no han tenido la experiencia de usar condón, como lo muestra el siguiente diálogo sostenido con un adulto:

- No se siente igual con condón.
- ¿Lo ha usado alguna vez?
- No, solo así me cuentan.

Existen muchas creencias erróneas sobre el uso del condón, que como es obvio, se convierten en barreras:

No [uso el condón] porque no me gusta [...] me afecta en la vagina o a veces por el olor. Una vez, una chica se pasó: de tanto usar condón, le salió una herida, porque dicen que el condón tiene un olor fuerte y el olor se le ha quedado y le salió la herida, no sé si será cierto (mujer adulta).

Por otro lado, el uso del condón puede generar problemas en la pareja. Algunas mujeres consideran que si el hombre quiere usarlo, es porque está —o desea estar— con otras mujeres y busca «no tener responsabilidades». En vez de entenderse como un acto de responsabilidad e interés por cuidar la salud de la pareja, el uso del condón es visto como un hecho que pone en riesgo el vínculo. En esta lógica, un agente de salud mencionó que a veces las esposas no quieren que se les den condones a sus maridos, debido a que les genera desconfianza. Además, el agente de salud señaló que, dado que en la posta tienen pocos condones, prefieren dárselos a los hombres jóvenes, pues consideran que ellos son los más vulnerables.

Sin embargo, en forma paralela a estas barreras, algunas mujeres adolescentes y adultas formularon un discurso de signo contrario: que ellas tienen derecho a una vida sexual protegida y que pueden usar condón para cuidarse de las enfermedades, e incluso exigiéndolo a su pareja aunque él no quiera. Si bien la presencia de este discurso no necesariamente asegura que se lo practique, es importante que las mujeres por lo menos tengan la noción de que el cuidado es un derecho.

La posta es el único lugar en el que se pueden conseguir condones, y la población considera que es muy fácil obtenerlos. Pero esta percepción corresponde más a una idea que tienen las personas que nunca los han solicitado que a la realidad, pues, como se ha señalado, la posta no cuenta con muchos condones.

Respecto al uso del condón, la población adulta cree que las y los adolescentes son los que más los utilizan, debido a que tienen una mayor actividad sexual. Sin embargo, los chicos y las chicas refirieron que solo usan condón algunos jóvenes mayores, de 15 a 18 años, mientras que los más jóvenes, de 13 y 14 años, saben que existe pero no lo usan. Los que sí lo usan por lo general lo hacen cuando están con chicas «de afuera», de otras comunidades, y no con sus enamoradas de la propia comunidad.

Este uso limitado del condón fue confirmado por el agente de salud, quien señaló que de los 200 jóvenes que hay en la comunidad, solo unos 10 suelen solicitar condones.



#### Área 4: Oferta y acceso a las estrategias de prevención de las ITS, el VIH y el Sida

##### *Las acciones de prevención para la comunidad*

Desde el servicio de salud, se transmite todos los días, a las 5 de la mañana, un programa radial en el cual el enfermero educa sobre diversos temas. Los pobladores manifestaron que el programa les gusta y lo escuchan, pero el alcance del altoparlante es limitado. Además, en el local comunal se han ofrecido charlas sobre diversos temas de salud y específicamente de salud sexual y reproductiva, tales como descenso vaginal, prueba del papanicolau, planificación familiar, VIH y uso del condón. Al respecto, una mujer adulta refirió que le habían enseñado a poner el condón usando un plátano.

Los agentes de salud señalaron que una barrera que perciben para el trabajo que realizan es que la población no les da importancia a las campañas sobre Sida y que incluso sacan los afiches que ellos colocan.

Refirieron, además, que habían tratado de hacer campañas en la escuela, pero que los docentes no mostraron interés. Al parecer, estos últimos consideran que el tema es de responsabilidad exclusiva de los agentes de salud. Los pobladores no hicieron referencia a que desde la escuela se estuviera realizando algún tipo de actividad educativa sobre el tema.

Las mujeres adultas señalaron que la radio —Radio Súper, Radio Progreso y RPP— también es un medio a través del cual ellas toman conocimiento del VIH.

Entre las sugerencias de la población respecto a las acciones preventivas, encontramos que les gustaría recibir charlas y talleres educativos dirigidos por los trabajadores de salud, y que esperarían que les «hablen y conversen» y que les «enseñen con cariño».

Respecto a los materiales informativos, el afiche fue bastante mencionado; sugirieron que fueran con dibujos y en ambos idiomas. Sin embargo, una persona señaló que el afiche no llama la atención. El agente de salud, por su parte, sugirió que en algún lugar alto, que sea visto por toda la comunidad, se coloque un afiche grande y con luces.

Otro material informativo fue el folleto, que según las sugerencias debe estar escrito en ambos idiomas. Finalmente, se mencionó el video. Un agente de educación refirió que les gusta porque «lo ven como personas».

Los agentes de salud y educación señalaron la necesidad de que en las actividades educativas se cuente con un traductor, y que primero se sensibilice al jefe de la comunidad para que la convocatoria salga de él y así se logre una mayor participación.

## 2.3 ACTORES CLAVES DE LA REGIÓN UCAYALI

Los resultados para este grupo se han organizado igual que para las comunidades. Hay que tener en cuenta que la información proporcionada por los actores claves no solo hace referencia a las dos comunidades participantes en el estudio sino, de manera general, a las comunidades indígenas amazónicas de la región.

### Área 1: Prácticas sexuales en la comunidad, el establecimiento de pareja y la percepción acerca de la homosexualidad

#### *El inicio sexual y el establecimiento de la pareja*

Con relación a la edad del inicio sexual, hay coincidencia en señalar que ocurre entre los 12 y 15 años, y que en algunos casos puede ser un poco antes (11 años). También existe consenso en que el inicio sexual se produce más temprano en las mujeres que en los hombres.

Los representantes de las organizaciones estatales refirieron que existe la práctica de comprometer a las adolescentes desde que se produce su primera menstruación. El establecimiento de pareja y el embarazo a edades tempranas se explica, según ellos, desde diferentes perspectivas: el adolescente hombre no quiere una «esposa de segunda mano», la adolescente mujer se siente capaz de formar una familia y hacerse cargo del hogar, mientras que los padres están interesados en quitarse de encima la responsabilidad de mantener a sus hijos e hijas.

Otra razón que se asoció al inicio sexual es que, por las características de su edad, los y las adolescentes desean experimentar en el ámbito sexual, y además pasan mucho tiempo solos o solas en sus casas.

Las representantes de las organizaciones no estatales enfatizaron en que, para las mujeres, el inicio de la vida sexual y el establecimiento de pareja no es necesariamente una decisión individual, puesto que muchas veces las adolescentes son entregadas por sus padres. Incluso se mencionaron casos de violación sexual de las hijas por parte de su propio padre.

Para los representantes de las federaciones indígenas, el inicio sexual temprano se explica por la naturalidad en la visión de la sexualidad de los y las adolescentes. Señalaron que es una decisión individual, y que ellos y ellas se inician porque se sienten listos para hacerlo. Además, se hizo referencia a que existe un contacto permanente entre hombres y mujeres de la misma edad, así como muchos lugares



solitarios propicios para las relaciones sexuales, como las chacras y los ríos. Hablaron de la práctica del «gateo», que consiste en que, por la noche, los hombres se meten en las camas de las chicas mientras los padres están durmiendo.

Por otra parte, se señaló que el cortejo y el enamoramiento son diferentes respecto a las zonas urbanas: no se trata de «andar del brazo», como en las ciudades, sino de comunicarse a través de códigos compartidos, como silbidos que imitan los sonidos de los animales.

Todos los actores claves consideraron que el embarazo adolescente es un problema serio que, según algunos, se ha incrementado. Desde su percepción, las causas de dicho incremento se deben al inicio sexual temprano y al uso de plantas medicinales que previenen el embarazo, que en su opinión son ineficaces. Además, señalaron que el inicio sexual temprano se produce tanto porque los padres y las madres no acompañan debidamente a sus hijos e hijas como por la falta de proyectos que les ofrezcan a ellos y ellas una perspectiva de vida. Refirieron que una vez que las chicas terminan la secundaria, no tienen más perspectiva que conseguirse un proveedor.

Señalaron que ahora hay muchos casos de madres solteras porque las chicas se embarazan y sus parejas adolescentes salen de la comunidad sin hacerse responsables por el niño o la niña que engendraron.

Sobre la infidelidad o la práctica de tener parejas múltiples, todos coincidieron en afirmar que hay mucha permisividad por parte de los padres, tanto respecto a los hijos como a las hijas. Una representante de las organizaciones no estatales dijo que las chicas y los chicos son muy «promiscuos», pues tienen relaciones sexuales en cualquier momento, aunque precisó que no le queda muy claro si estos encuentros son siempre consentidos por las mujeres. Otra representante de las organizaciones no estatales explicó que los chicos y las chicas practican una «fidelidad seriada», es decir, que sí son fieles, pero cambian muy rápidamente de pareja; como los y las adolescentes de la comunidad no son muchos, en esta rotación terminan produciéndose intercambios de pareja. Respecto a las y los adultos, sí se afirmó que hay infidelidad.

### **La homosexualidad y las relaciones entre personas del mismo sexo**

Los representantes de las organizaciones no estatales y estatales tenían opiniones contrarias. Por un lado, estaba la percepción de que la comunidad es permisiva con la homosexualidad masculina —porque no hay femenina—, y que en la medida en que esta conducta es vista como «graciosa», algunos adolescentes quieren imitarla. Por otro lado, se señaló que hay un fuerte rechazo hacia los homosexuales, que incluso a veces han tenido que salir de la comunidad a causa de la marginación.

Los representantes de las federaciones explicaron que sí hay rechazo y que la homosexualidad es mal vista porque se considera un mal ejemplo para los niños y niñas, pero que a la vez es vista con naturalidad en el sentido de que se reconoce que cada persona es libre para hacer lo que quiera, y que los demás solo pueden observar a la distancia.

### **Las relaciones sexuales a cambio de dinero u otros bienes**

Todos los actores claves entrevistados manifestaron que este tipo de relaciones sí se producen en las comunidades. Generalmente, son las chicas quienes reciben dinero o víveres a cambio de tener relaciones con madereros, pescadores, comerciantes y miembros del Ejército que van a las comunidades desde Cusco, Junín, Huancayo, Lima e Iquitos. También se reportaron casos de adolescentes hombres que, a cambio de un pago, aceptan tener relaciones con homosexuales.

Esta práctica no sorprende a la comunidad porque se espera que las mujeres «se consigan esposo» y no se considera importante que continúen sus estudios, mientras que los hijos hombres sí son estimulados a estudiar. Se dijo que, a veces, los propios padres presionan a las chicas a entregarse sexualmente a cambio de víveres para la familia.

Esta actividad sexual no se considera prostitución ni en el caso de las chicas ni en el de los chicos, puesto que ellas y ellos no se dedican a practicarla en forma exclusiva sino que son hechos eventuales, después de los cuales retornan a su vida normal. La percepción es diferente en el caso de los y las jóvenes que salen de la comunidad a trabajar en bares y discotecas de las ciudades; en ese caso, las relaciones sexuales a cambio de dinero, que constituyen su actividad principal, sí son consideradas prostitución.

## **Área 2: Conocimientos, percepciones y actitudes respecto al VIH y el Sida, así como a su prevención**

### **Lo que se sabe y piensa acerca del VIH y el Sida**

Se refirió que, hace 10 años, en las comunidades no se sabía nada acerca del Sida. Luego empezó a llegar la información, pero como está formulada en términos «occidentales», no resulta comprensible; por ejemplo, no se entienden en absoluto las siglas VIH. Se manifestó, asimismo, que las comunidades consideran que el Sida es una enfermedad que contagia o contamina, una enfermedad «malvada», una «plaga» que mata.

Las comunidades cercanas geográficamente a la ciudad de Pucallpa conocen las tres vías de transmisión, pero las lejanas no. Algunas personas opinaron que se sabe que el VIH se transmite por relaciones sexuales, pero no se conocen las otras vías de transmisión. Coincidieron en afirmar que en las comunidades se cree que la transmisión se puede producir por abrazos o besos, por tomar del mismo vaso, por picaduras de insectos o por conversar cara a cara. Incluso se cree que el Sida está en el aire y que se lo puede combatir fumigando. También se señaló que, en un inicio, se pensaba que el VIH era un mal similar a la tuberculosis.

No se conoce el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), y los síntomas que se asocian al Sida son fiebre, infecciones, debilitamiento, desgano, baja de peso y falta de apetito.

### **Las personas consideradas vulnerables frente el VIH y el Sida**

Desde la óptica de los agentes claves, las personas más vulnerables son los y las adolescentes y jóvenes, debido a su naturaleza inquieta, su deseo de experimentar y el gran número de parejas sexuales que tienen.

En el grupo de jóvenes, se considera especialmente vulnerables a los que migran a las ciudades y empiezan a trabajar en bares, a los que trabajan como obreros en zonas madereras o petroleras y van de un lugar a otro, y a los que tienen relaciones sexuales —sea por dinero o por decisión propia— con forasteros y con homosexuales. A su vez, se considera que estos jóvenes, al regresar a sus comunidades, se convierten en un riesgo para estas.

También se mencionó que muchas mujeres de las comunidades no se perciben en riesgo porque creen que el VIH solo constituye una amenaza para los hombres que tienen varias mujeres.

### **Lo que se siente frente a las personas que viven con VIH y Sida (PVVS)**

Se refirió que en las comunidades se teme mucho a las PVVS por el miedo al «contagio». Hay total coincidencia en señalar que la reacción principal es el alejamiento de la persona que tiene VIH: no la tocan ni conversan con ella, ni la quieren ver ni le prestan ninguna atención. Solo la miran de lejos, porque tienen la idea de que hasta conversando con ella se pueden infectar. Esta actitud incluye hasta a los niños y niñas: se cree que es mejor que la madre se aleje del niño que vive con VIH para evitar ser «contagiada», pues si enfermara, no habría quién cuide a los otros hijos.

Se explica, entonces, el temor que sienten las PVVS a informar su condición una vez que la han confirmado mediante el diagnóstico.

Por otra parte, se señaló que esta actitud no es solo hacia las personas que tienen VIH sino hacia las que padecen cualquier enfermedad.

## **Área 3: La prevención asociada a la sexualidad: itinerarios frente al embarazo no planificado, las ITS y el VIH**

### **La prevención desde la propia comunidad**

Respecto a la noción de prevención, los actores claves sostuvieron que no existe este concepto porque a los comuneros solo les interesa el presente, y por eso no les preocupan las consecuencias futuras de sus conductas. Desde su concepción, ni la enfermedad ni la muerte se pueden evitar; entonces, si van a ocurrir de todos modos, no tiene sentido tratar de impedirlo. Otra idea que surgió fue que, en las comunidades, la noción de prevención se aplica sobre todo a la forma de preparar los alimentos y a la higiene.

En lo que se refiere a la prevención del VIH y el Sida por parte de los habitantes de las comunidades, hay tres opiniones. La primera es que no les preocupa, porque creen que saben cómo cuidarse. La otra opinión es que, en las comunidades en las que no se ha presentado ningún caso, no hay mucho interés, pero en las que sí se conocen casos de VIH existe una gran preocupación. Y la tercera es que si bien antes no le daban mucha importancia al tema, porque creían que el Sida se presentaba solo en las grandes ciudades, a medida que los integrantes de la comunidad se han dispersado —y por lo tanto se han ubicado en una situación de mayor riesgo— el temor a la infección se ha intensificado.

Los actores claves consideraron que la falta de información y educación sexual es una de las dificultades para establecer conductas preventivas frente a las ITS y el VIH. Así mismo, señalaron que no hay una comunicación fluida entre padres y madres e hijos e hijas, y que las y los docentes tampoco orientan a la juventud sobre cómo tener relaciones sexuales protegidas. Consideraron que si los chicos y chicas toman como una broma los temas de prevención es porque en los hogares no se apoya este trabajo. Por otro lado, refirieron que el alcoholismo también es un problema que impacta en la vida sexual de la población joven de estas comunidades.

### **El itinerario frente a las ITS, el VIH y el Sida**

Sobre las ITS, se señaló que los y las adolescentes comparten entre ellos recetas de «vegetales». Muchas veces acuden al centro de salud cuando la infección ya está muy avanzada. No les resulta fácil ir porque sienten vergüenza y temor a ser discriminados.

Cuando las chicas tienen descensos, hablan con sus madres; ellas suelen preocuparse por el cuidado de sus hijas, pero no de sus hijos. Las mujeres consideran que los descensos son una enfermedad debido a que han escuchado las campañas informativas de la radio; para curarse, suelen utilizar la planta llamada piñón.

Los actores claves señalaron que si la población no acude a la posta como primera opción para tratarse de ITS es porque esta no es un referente, ya que el personal no es bilingüe y no conoce o no acepta la medicina tradicional. La posta es usada principalmente para la atención de niños y niñas, y en casos de emergencia o accidentes. La primera opción de las y los pobladores para atender su salud son sus propios agentes, los curanderos, y prefieren las plantas medicinales porque no tienen ningún costo y los tratamientos no son largos.

En el caso del Sida, una persona señaló que los propios familiares de la PVVS la sacan de la comunidad, sea para que siga un tratamiento médico «occidental» en otro lugar o para internarla en algún lugar de la selva donde continúe su tratamiento tradicional hasta el momento en que le sobrevenga la muerte.

### *El uso del condón como medida de prevención*

Los actores claves consideraron que en las comunidades indígenas, el uso del condón es muy limitado porque los pobladores creen que disminuye el placer sexual, produce irritación vaginal u otras enfermedades, y se puede romper. Luego están las razones ligadas a la percepción de que solo necesitan usarlo las personas que tienen varias parejas o las que tienen relaciones fuera de su pareja estable; de ahí que algunas mujeres consideran «promiscuo» el uso del condón.

Otras razones son las que podrían catalogarse como propias de su cultura: la creencia de que si el hombre no eyacula dentro de la mujer pierde su alma y de que las relaciones sexuales deben realizarse de manera natural para así, después de la muerte, acceder al mundo que, dentro de su cosmovisión, es el símil del paraíso de la religión cristiana.

Así mismo, hay barreras relacionadas con el acceso al condón, pues como ya se ha señalado, este solo se puede conseguir en las postas y no en otros lugares, como las bodegas. El abastecimiento en las postas presenta problemas: con frecuencia, estas no tienen condones o tienen muy pocos; el encargado de la posta no inspira en los pobladores la confianza necesaria como para solicitarle que les entregue un condón; o simplemente en la comunidad no existe una posta. Por último, se señala que la población no toma en serio el uso del condón, e incluso los utilizan como globos para jugar.

Por otro lado, se informó que los madereros, los profesores y los adolescentes —más los hombres que las mujeres— utilizan condón, pero solo en sus relaciones sexuales con personas de fuera de la comunidad.

Respecto a la promoción del uso del condón, los actores claves consideraron que resulta más difícil hacerlo con adultos que con adolescentes. Sugirieron que a los y las adolescentes se les enseñe cómo se usa y se les explique su doble utilidad —para prevenir el embarazo adolescente y proteger de las ITS—, aunque opinaron que resulta más eficaz promoverlo como método anticonceptivo. Se consideró conveniente la orientación de joven a joven del mismo sexo, y se recomendó que en las comunidades los condones se entreguen en la posta de salud, la escuela y el centro comunal.

## **Área 4: Oferta y acceso a las estrategias de prevención de las ITS, el VIH y el Sida**

### *Las acciones de prevención para la comunidad*

Los actores claves consideran que la prevención debería focalizarse en los y las adolescentes porque las características de la etapa de vida en la que están los hacen más vulnerables frente al VIH, y porque las conductas de los adultos y las adultas son más difíciles de cambiar.

Las barreras que los actores claves identifican para el desarrollo de los programas de prevención de las ITS, el VIH y el Sida en las comunidades indígenas amazónicas son las siguientes:

- Se requiere un presupuesto alto para movilizarse hacia las comunidades.
- No se cuenta con una metodología para ofrecer información de manera comprensible. Uno de los actores claves señaló que los pobladores: «Son reacios a la nueva información y les cuesta comprender. No se pueden mostrar imágenes de órganos genitales porque se van de la charla».
- El temor frente al VIH y el Sida hace que sientan rechazo a abordar el tema. Incluso, llegan a pensar que quienes dictan las charlas son «sidosos».
- Algunos líderes de la zona no quieren que las mujeres sepan que la «promiscuidad» de los hombres los puede llevar a adquirir una ITS, y por eso boicotean la entrega de información.
- Las mujeres se muestran muy pasivas: hablan poco y a veces manifiestan falta de interés.
- Es imposible hacer un seguimiento del uso del condón después de las capacitaciones.
- Algunas autoridades, docentes e iglesias evangélicas se oponen a que se hable de sexualidad en las comunidades.
- El idioma constituye una barrera, puesto que si no se les habla en su propia lengua, no hacen caso. Además, algunos no entienden bien el castellano.

Por otro lado, las fortalezas que se identifican para el desarrollo de los programas preventivos son:

- Las autoridades están interesadas en saber más sobre el VIH y el Sida, y los padres desean que sus hijos e hijas sean informados. En general, todos quieren tener más información.

- Se cuenta con recursos humanos que podrían encargarse de desarrollar los programas: las parteras, los promotores de salud, los maestros, los jóvenes comuneros que son técnicos de enfermería, las organizaciones de padres de familia.
- En algunos colegios ya se ha venido trabajando el tema.
- Si la comunidad se compromete, puede ofrecer el local comunal para realizar las actividades, así como encargarse de parte de la alimentación utilizando los productos nativos.
- Los jóvenes están atravesando un proceso de mestizaje —se están «mestizando»—, por lo que les resulta más fácil cambiar su perspectiva.
- Las federaciones tienen representantes en cada comunidad y con ellos se puede coordinar el trabajo.
- La mayoría de comunidades cuentan con radio.

Finalmente, para el desarrollo de los programas preventivos los actores claves sugirieron:

*a) En relación con los agentes que pueden desarrollar las acciones de prevención*

Se plantea un trabajo articulado entre docentes bilingües, promotores, personal de salud y autoridades. También se sugiere incorporar a personas de la comunidad —padres de familia, promotores de salud— en las acciones de prevención, sobre todo porque el personal de salud y educación está sujeto a una alta rotación.

Se sugirió capacitar a líderes jóvenes como educadores de pares, para que ellas y ellos compartan ese conocimiento con otras comunidades.

Finalmente, se propuso incluir en el equipo a una persona que hable la lengua indígena y que conozca el tema, sobre todo porque los integrantes de algunos pueblos —como el shipibo— suelen expresarse en su propia lengua cuando no están de acuerdo con algo.

*b) En relación con las estrategias que se deben implementar*

Como primer paso para el desarrollo de un proyecto de prevención, se sugirió establecer un diálogo —primero con los líderes de la comunidad y los agentes de salud y educación, y luego con toda la población— para explicarles el propósito y las características de la intervención.

Para convocar a las actividades, se recomendó el uso de cartillas e invitaciones que el jefe de la comunidad pueda leer a través del altavoz y que se repartan de casa en casa. Se recomendó que las actividades no coincidan con épocas de cosecha o de tala de madera, así como respetar el día y la hora acordados, puesto que a la población le molestan mucho las postergaciones.

Para el desarrollo propiamente dicho de las actividades se recomendó:

- Partir desde sus propias concepciones de salud y, sobre esa base, construir las estrategias de prevención.
- Para el trabajo con la población adulta, se deben formar grupos separados de hombres y de mujeres, con facilitadores del mismo sexo que los participantes. Esto debido a que, cuando los grupos son mixtos, los hombres acaparan el uso de la palabra, pues una costumbre indígena es que ellos no deben escuchar lo que digan las mujeres. Sin embargo, con las y los adolescentes sí se pueden formar grupos mixtos.
- Las actividades no solamente se deben desarrollar en las lenguas locales, sino reconociendo y valorando los saberes indígenas.
- Se deben organizar campañas constantes, a las cuales luego se haga seguimiento.
- La participación se puede incentivar mediante la entrega de alimentos, ropa, materiales de estudio, etcétera.

Se señaló la necesidad de trabajar con políticas de alcance regional e incorporar el tema del VIH tanto en los materiales del sector Educación como en los planes curriculares. Además, se debe reconocer que no se trata solo de detectar los casos de VIH, sino que es necesario crear las alianzas necesarias para atender a las personas cuyo diagnóstico sea positivo.

*c) Con relación al tipo de actividades que se pueden realizar*

Para el grupo de adolescentes, se sugirieron campeonatos deportivos —fútbol, vóley, maratones—, actividades artísticas —teatro, sociodrama, música—, concursos y talleres con dinámicas. Para los niños y las niñas se recomendaron dinámicas, cantos, cuentos, rompecabezas. Y para las y los adultos, también el sociodrama.

Para dirigirse a la comunidad en general, lo más conveniente, en opinión de los actores claves, son los programas de radio. Por ejemplo, se señaló que hay ocho programas en shipibo que gozan de mucha audiencia. Se sugirió también

que mediante los altoparlantes de las comunidades se transmitieran *spots* en la madrugada, ya que la población se levanta muy temprano. Por último, se recomendaron actividades en las que se aprenda a usar el condón, que podrían reforzarse con visitas casa por casa.

d) *Con relación a los materiales que se pueden usar*

Se sugirió el uso de afiches grandes, folletos, rotafolios y videos. El contenido debería estar en español y en su propio idioma.

Se recomendó que los dibujos de los folletos sean «muy explícitos» —por ejemplo, que se muestren las etapas de la infección y al final a la persona agonizando—, que tengan poco texto y que las imágenes recojan los rasgos físicos de los pobladores, «no de personas rubias». Se reafirmó la necesidad de que estuvieran escritos tanto en castellano como en lengua nativa. Si bien algunos opinaron que los folletos no son útiles porque las personas no están acostumbradas a leer, otros consideraron que sí sirven, sobre todo porque pueden llegar a todas las comunidades.

### 3. Discusión acerca de los resultados



Esta discusión hace referencia a los resultados encontrado en ambas comunidades y entre los actores claves. Su propósito es pasar de la descripción particular a una reflexión más abarcadora. Asimismo, es preciso señalar que los hallazgos se debaten a la luz de las investigaciones que se han publicado sobre las poblaciones indígenas amazónicas.

### 3.1 PRÁCTICAS SEXUALES EN LA COMUNIDAD

Weeks (1998) considera que la historia de la sexualidad es la historia de nuestras preocupaciones sobre cómo debemos negar o disfrutar nuestro cuerpo, y que especialmente en Occidente, siempre ha habido una preocupación obsesiva por organizar la vida erótica, primero a través de los discursos religiosos —con características moralizantes— y luego mediante los discursos de los saberes especializados —biomédicos, pedagógicos, sociales y otros—. Estos discursos, que durante mucho tiempo fueron considerados los únicos legítimos, definieron la sexualidad de las personas y de los grupos según los criterios de «normal» y «anormal», desconociendo y negando la diversidad con la que la sexualidad se manifiesta ahora y se ha manifestado siempre.

Este enfoque histórico de la sexualidad permite entenderla como un concepto construido como resultado de fuerzas sociales e históricas, comprender su complejidad en la vida cotidiana de las personas, y al mismo tiempo, evidenciar los mecanismos y relaciones de poder presentes que se articulan en una trama variada. En este contexto, diferentes categorías —como género, raza, etnia y generación, entre otras— se entrecruzan para dar mayor o menor oportunidad de vivir la sexualidad de manera libre, saludable y placentera a determinados grupos y, a su vez, a los individuos presentes al interior de cada grupo. Este enfoque histórico, remarca Weeks, no niega la biología, sino que la incorpora como una serie de potenciales que se transforman y adquieren sentido solo en el ámbito de las relaciones sociales.

Es desde este marco que se pretende dar cuenta de las prácticas sexuales que se han encontrado en las dos comunidades estudiadas, con el fin de identificar y comprender aquellas que pueden ser consideradas de riesgo para la adquisición del VIH. Asimismo, este marco permite conocer las concepciones que tienen las y los agentes de salud y educación acerca de la sexualidad, la salud y la prevención. Hay que tomar en cuenta que estas concepciones constituyen, precisamente, la base desde la cual estos agentes se vinculan con los pobladores de las comunidades: ellos les transmiten estas ideas a través de los diferentes espacios de interrelación.

Respecto al inicio sexual de los y las adolescentes de las comunidades estudiadas, se menciona que este ocurre en las mujeres entre los 12 y los 16 años, y en los hombres, entre los 15 y los 18; esta ha sido —y todavía es— una característica de los pueblos amazónicos que responde a su cosmovisión. Belaunde (2005) describe que en el pueblo yine se considera que, al llegar la pubertad, la sangre de los muchachos y muchachas alcanza su potencial completo, produciendo semen



y sangre menstrual, respectivamente. Por ello, las adolescentes muchas veces inician su vida sexual inmediatamente después de la menarquia.

A pesar de los cambios, la menarquia sigue siendo un momento muy importante para los habitantes de los pueblos amazónicos. En una investigación sobre las relaciones de género en la Amazonía peruana, Heise y colaboradoras (1999) describen el rito de pasaje de los pueblos shipibo-conibo, chayahuita, asháninka y yagua, que consiste en aislar a la joven para prepararla para que asuma su nuevo papel de esposa y madre. En el caso de los hombres, los ritos de pasaje parecen haber ido desapareciendo, pero podría considerarse como tal la primera toma de ayahuasca. Según las autoras, el inicio un poco más tardío de los hombres está asociado con un aprendizaje alargado en el tiempo; en el caso de las mujeres, el inicio es más temprano porque está circunscrito a un cambio físico, la menarquia.

A través de los testimonios de los pobladores de las comunidades, se puede advertir de qué manera está empezando a construirse una noción de la adolescencia, etapa generacional que anteriormente no se consideraba. Con la llegada de la menstruación de las niñas y las primeras eyaculaciones de los chicos, ellas y ellos se encaminaban hacia un estilo de vida adulto, conformando parejas y familias.

La adolescencia es un concepto histórico construido como respuesta a una serie de cambios culturales y socioeconómicos de las sociedades modernas. Espinoza de Rivero (2007) señala que en los pueblos indígenas amazónicos, junto al mayor

grado de escolaridad, ha aparecido el concepto de adolescencia, que conlleva conflictos intergeneracionales y nuevas situaciones en las relaciones de género entre los y las jóvenes. La asistencia a la escuela interrumpe y dificulta el aprendizaje de los roles sexuales tradicionales y la práctica de los ritos de pubertad, a partir de los cuales las niñas y los niños construían su identidad femenina y masculina, respectivamente, y se incorporaban a la vida comunitaria como miembros adultos. Frente a ello, surge la noción de adolescencia. Como se trata de un fenómeno reciente, las comunidades aún no han logrado establecer mecanismos culturales para lidiar con esta etapa.

Otros de los cambios que hemos encontrado en este estudio es el hecho de que el inicio sexual se da como producto de una decisión individual de chicos y chicas de la misma generación, y no implica el establecimiento de una unión matrimonial o de convivencia. Es necesario precisar que esto no niega que todavía esté vigente la práctica de imponer a las mujeres, en edades muy precoces, el matrimonio con hombres mayores.

En los testimonios, encontramos que la población adulta define el inicio sexual como «temprano», lo que presupone la presencia de una norma implícita que señala una edad adecuada para este acontecimiento. Si bien esta percepción es expresada mayoritariamente por personas que no pertenecen a las comunidades, aunque vivan en estas, también está presente en buena parte de las y los pobladores, especialmente entre las mujeres adultas cuando se refieren al inicio sexual de las adolescentes. Las mujeres adultas expresan que los tiempos han cambiado, que antes el comportamiento sexual de las jóvenes era diferente: los padres eran más estrictos y las dejaban salir menos; no como en la actualidad, que «van y vienen» cuando quieren.

Esta concepción del inicio sexual «temprano» —especialmente referido a las mujeres— puede estar surgiendo debido al encuentro entre la visión tradicional y los discursos sobre sexualidad adolescente que priman en la sociedad peruana más occidentalizada, y que llegan a estas comunidades a través de las instituciones de salud y educación, de los migrantes y de los medios masivos de comunicación. Para todos estos agentes, el inicio sexual temprano de los y las adolescentes es problemático por las posibles consecuencias en su salud, pero también por factores asociados a lo que se considera moralmente correcto o incorrecto.

Respecto a la construcción de la categoría *adolescente*, ha predominado la representación social de este como un sujeto «incapaz» de contener sus impulsos sexuales, «inmaduro», y por lo tanto, carente de los recursos que le permitirían tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva, razón por la cual necesita que una serie de agentes —personas e instituciones— controlen

externamente su sexualidad. Los testimonios revelan que esta caracterización de la adolescencia también está siendo incorporada por algunos pobladores de las comunidades.

Estos cambios también pueden estar relacionados con el mayor acceso de los hijos e hijas a la educación, la cual empieza a ser valorada. Por lo tanto, las expectativas de «desarrollo» para ellos y ellas se amplían, tal vez especialmente si se compara la situación de las madres con la de las hijas. En esta perspectiva, el inicio sexual temprano, que conlleva la posibilidad de un embarazo, puede ser visto como un obstáculo que trunque las expectativas educativas y de desarrollo. Esto es lo que encontraron Bant y Motta (2001) en las comunidades shipibas, donde la primera menstruación remitía inmediatamente a la posibilidad de enamoramiento y embarazo, temor que se convertía en una amenaza constante. Las madres de estas comunidades ponían mucho énfasis en advertir a sus hijas y cuidarlas de este riesgo, ya que si bien el inicio sexual temprano se apoya en pautas marcadas por la tradición, un embarazo adolescente se asocia con problemas de salud y el abandono de los estudios.

Por otro lado, es importante destacar las diferentes percepciones que existen entre la población adulta —tanto de la comunidad como de fuera— y la población adolescente sobre la vivencia de la sexualidad de esta última.

Para los y las adolescentes, las razones del inicio sexual están asociadas al deseo que emerge por la edad y por el vínculo de enamoramiento que entablan con sus pares. Sin embargo, para las y los adultos, el inicio sexual se configura como la expresión y la consecuencia de alguna carencia: restricciones económicas, falta de comunicación entre padres e hijos, ausencia de proyectos de vida, etcétera. Es decir, la mirada de los adultos prioriza aspectos vinculados a las condiciones de vida, mientras que la de los adolescentes se centra en la parte más afectiva y de experiencia personal. En la medida en que ambas dimensiones son importantes y valiosas, se hace evidente la necesidad de generar una confluencia entre estas, que les permita a las y los adolescentes vivir su sexualidad de manera más saludable, sin que sea percibida como un obstáculo para su desarrollo personal.

Por otro lado, las personas de fuera de estas comunidades tienden a ver el inicio sexual temprano como un problema generado por las características que consideran propias de los pueblos amazónicos, como por ejemplo la falta de orientación y apoyo de los padres, la soledad de los y las adolescentes, etcétera. Esta mirada crítica frente a la cultura amazónica hace referencia a situaciones que son el resultado de los cambios socioeconómicos en los que estas comunidades se han visto inmersas, y que han impactado en los patrones de relación entre padres-madres e hijos-hijas.

La ausencia de los padres y las madres es abordada como si se tratara de un rasgo propio de la cultura amazónica, cuando en realidad es una problemática relacionada con cambios socioeconómicos más amplios. Así, el alejamiento de los padres por razones de trabajo y supervivencia no es un problema exclusivo de las comunidades nativas, sino una realidad que enfrentan las familias de las zonas urbanas desde hace muchos años.

No se reconoce que debido a la depredación masiva de los recursos naturales, los padres y las madres tienen que recorrer mayores distancias y dedicar más tiempo a las actividades de subsistencia. A ello se suma la necesidad de buscar empleos remunerados y elaborar productos destinados a la comercialización, con el fin de cubrir las necesidades económicas de la familia. Así, muchos hombres se ven obligados a ausentarse de la comunidad por períodos largos, para trabajar a cambio de un salario. Esto implica que la esposa asuma sola la crianza de los hijos e hijas y, además, las labores agrícolas. Estas circunstancias distancian a los padres y a las madres de sus hijos e hijas, quienes anteriormente acompañaban al progenitor de su mismo sexo en todas sus actividades, lo que formaba parte de su socialización. Por otro lado, debido a la escolarización, también se ha limitado el tiempo de encuentro entre padres-madres e hijos-hijas, más aún en el caso de los jóvenes que tienen que salir de la comunidad para poder seguir estudios secundarios o superiores.

Tampoco se reconoce que la educación tradicional de estas sociedades es diferente del modelo de las sociedades más occidentalizadas. Al respecto, Cárdenas (1989) describe las características de la educación shipibo-conibo, cuyo rasgo central es que es impartida en la rutina de la vida diaria no solo por la familia, sino por toda la comunidad. La educación es oral y se basa en el ejemplo. De manera natural, el niño o la niña va aprendiendo todo lo que observa; así, mediante el método de «aprender haciendo», va adquiriendo los conocimientos necesarios para desarrollarse en su vida adulta.

Las transformaciones producidas en la organización social de estas comunidades tienen un impacto diferenciado por género. Posiblemente, las mujeres estén sufriendo más las consecuencias de los cambios, sobre todo las madres solteras. Los mecanismos de control social que las comunidades tenían para hacer que los hombres se responsabilizaran por la paternidad ya no son efectivos, y no se han generado nuevos mecanismos que los reemplacen.

Cuando un joven no asume la manutención de su hijo o hija, las autoridades lo llaman para exigirle que se haga cargo e incluso le hacen firmar un documento; pero a pesar de estos intentos, muchos evaden su responsabilidad. El problema se agudiza cuando las jóvenes se involucran con forasteros, quienes muy fácilmente se desvinculan de ellas y del hijo o hija de ambos.

Entre los mecanismos que existían anteriormente, estaba la elección de la pareja por parte de los padres de la muchacha. Ellos buscaban asegurarse de que el esposo de su hija fuera un hombre confiable y capaz de cumplir sus responsabilidades. Actualmente, la matrilocalidad —que era la norma en ambos pueblos y ubicaba a la mujer en una posición más protegida, al estar cerca de los suyos— ya no se cumple en todos los casos. Finalmente, también estaba la práctica de la *covada*,<sup>15</sup> que aseguraba el involucramiento del hombre en la paternidad.

En las comunidades amazónicas, el establecimiento formal de una pareja ocurre entre los 15 y los 20 años. Antes de este establecimiento formal, hombres y mujeres pueden tener varias relaciones —desde dos o tres hasta cifras mucho mayores—, aunque ellos tienden a tener más relaciones que ellas. Esta información coincide con los datos hallados por Heise y colaboradoras (1999).

Sin embargo, en la actualidad empieza a ser cuestionada la libertad, tanto de los hombres como de las mujeres, para tener al mismo tiempo más de una pareja sexual o para formar una nueva pareja inmediatamente después de una ruptura. El concepto de fidelidad empieza a asumirse especialmente por los riesgos para la salud que conlleva el tener muchas parejas —sobre todo el temor a las ITS—, y también por factores económicos.

En la actualidad, a la mujer no le resulta fácil separarse, porque tiene muchos hijos que no podría mantener sola. Además, la familia de la mujer puede estar en desacuerdo con que vuelva a formar una pareja, porque ello significaría aumentar el número de hijos. En lo que se refiere a los hombres, hoy en día, por la situación económica, les resulta muy difícil ser proveedores de más de una familia.

Por otro lado, surgen nuevos factores que debilitan las relaciones de pareja, como las largas ausencias de los hombres por razones laborales, y también de las mujeres shipibas, que salen de sus comunidades a vender sus artesanías y pueden permanecer largo tiempo fuera de sus hogares.

A pesar de que en las comunidades indígenas amazónicas la sexualidad se considera una actividad física, social y afectiva normal, saludable e importante, y de que en la mitología de estos pueblos se habla de la sexualidad —tanto masculina como femenina— activa y basada en el deseo propio, también se producen situaciones en las que los proyectos colectivos suelen colocarse por encima de los

<sup>15</sup> La *covada* se refiere a un lapso en el que tanto la madre como el padre deben seguir ciertas restricciones alimenticias y de comportamiento con el fin de asegurar el bienestar del niño o la niña, tanto durante el embarazo como después del nacimiento. Belaunde (2005), citando a Gow, señala que, con respecto a los yine, la *covada* reposa sobre la idea de que el feto está hecho de la sangre de la madre y del padre; por lo tanto, los tres están unidos biológica, mental y espiritualmente.

intereses individuales de la mujer. Este es el caso, por ejemplo de las niñas que aún no llegan a la pubertad y que son entregadas a hombres mayores, como una manera de establecer y mantener alianzas entre familias a través del matrimonio (Bant y Motta 2001).

En el presente estudio, algunas personas entrevistadas señalaron situaciones que ocurren en las comunidades en las que se vulnera el derecho a decidir el cuándo, el cómo y el con quién se inicia la vida sexual o se establece una relación de este tipo. Así, se ha encontrado que las mujeres están expuestas a tener relaciones sexuales forzadas tanto con sus esposos como con sus enamorados, así como a mantener relaciones sexuales pagadas para contribuir a la economía familiar.

Las nuevas necesidades que se generan a partir del ingreso a la economía de mercado de las familias determinan que los y las jóvenes salgan a las ciudades a realizar trabajos que conllevan un alto riesgo físico y social, como es el caso de las trabajadoras del hogar —que viven en condiciones de semiesclavitud (Espinoza de Rivero 2007)— y de las chicas que se emplean en bares o ejercen la prostitución. Son las mujeres quienes mayormente se involucran en estas actividades, dado que las oportunidades de empleo asociadas a las actividades económicas de la zona —extracción de madera y petróleo— favorecen más bien a los hombres.

Así mismo, las jóvenes —e incluso las niñas— que son expuestas al intercambio sexual por dinero o víveres, y los adolescentes que reciben un pago por tener relaciones sexuales con homosexuales, se ven expuestos a situaciones de abuso de poder. Sin embargo, en el imaginario, estas situaciones son configuradas como estrategias de sobrevivencia, resultado de decisiones individuales de las y los jóvenes. A pesar de que las comunidades muestran su desacuerdo frente a este tipo de intercambios sexuales, no se ha identificado ninguna respuesta colectiva.

La violencia contra la mujer, que fue hallada en ambas comunidades, también parece ser invisibilizada, tolerada o conceptualizada como un delito menor y sin mayores consecuencias, pues las mujeres no cuentan con canales efectivos para defenderse. Al respecto, Paredes y Ruiz (2006) señalan que la imposibilidad de acceder a la justicia nacional deja a las mujeres indígenas a merced de la justicia consuetudinaria, legalmente reconocida por el Estado. Dentro de los códigos de comportamiento de los hombres de estas comunidades, las violaciones sexuales y la violencia de género solo merecen penas simbólicas, tales como la retribución a las familias dañadas con bienes monetarios o materiales. Así, estas concepciones van generando un mayor deterioro de las estructuras sociales.

Sobre el tema de la violencia contra la mujer en las sociedades amazónicas, Belaunde (2005) sostiene que la agresión física y la violación existen, pero que no forman

parte de lo cotidiano. Esto cambia en las comunidades donde hay problemas de alcoholismo, porque la violencia doméstica se inserta en la cotidianidad y contribuye, junto con otros factores de influencia de la sociedad nacional, a la desarticulación de las relaciones de género basadas en la mutualidad y la reciprocidad.

Esta autora también sostiene que si bien las «borracheras» que se generan en las fiestas comunitarias pueden llevar a la violencia tanto masculina como femenina, esta forma parte de una dinámica festiva, en la que se expresan emociones —especialmente los celos— en un contexto ritual; pero pasada la celebración, se restablece la convivencia diaria. Diferente es el caso de las bebidas alcohólicas que se pueden adquirir en cualquier momento y consumir de manera individual: sus efectos son menos previsibles y más incontrolables, puesto que se insertan en el día a día y perpetúan la victimización de las mujeres y los niños. Este mayor consumo de alcohol, sumado a la presión económica en la que actualmente viven estas comunidades, genera tensión y frustración, y por lo tanto incrementa el riesgo de violencia contra la mujer (Espinoza de Rivero 2007).

En las dos comunidades participantes, se señala que el consumo de bebidas alcohólicas es muy frecuente y problemático, principalmente para los hombres, y que el acceso a estas es muy fácil porque todas las bodegas las expenden. Por ello, consideramos que el alcoholismo se puede constituir en un factor de exposición al VIH, pero no solo porque el hombre que abusa de la bebida pueda involucrarse en prácticas sexuales riesgosas, sino también porque, en estas circunstancias, él puede forzar a su pareja a tener relaciones.

### 3.2 CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y ACTITUDES RESPECTO AL VIH Y AL SIDA, ASÍ COMO A SU PREVENCIÓN

Para analizar y comprender los hallazgos de este acápite, hemos tomado como referencia el marco conceptual que presenta De Souza (1997). La autora señala que las nociones de salud y enfermedad son una realidad construida, y por lo tanto son metáforas a través de las cuales es posible explicar cada sociedad, pues revelan su concepción del mundo. A través de estas metáforas, las personas hablan de sí mismas y de lo que las rodea, de sus condiciones de vida, de lo que las oprime, amenaza y amedrenta. Así mismo, es sobre estas metáforas que se asientan las instituciones y la organización social.

De ahí que pueda usarse el término *sistemas médicos* para dar cuenta del conjunto de conocimientos, prácticas y recursos para manejar la situación de salud y enfermedad que tiene cada sociedad o cultura, que se caracterizan por estar enmarcados en su cosmovisión y mantenerse en relación con su sistema y su antroposistema (Cárdenas 1989).

Se puede afirmar, entonces, que las sociedades amazónicas cuentan con sus propios sistemas médicos, que si bien presentan variaciones al interior de los diversos grupos étnicos, comparten características comunes. Estos sistemas médicos no son estáticos sino que se han ido modificando a lo largo del tiempo, tanto sobre la base de cambios internos como del encuentro y la interacción con otros grupos culturales.

Sobre este punto, Cárdenas (1989) señala que 300 años de contacto con Occidente han originado transformaciones en el cuerpo de los sistemas médicos de las comunidades. Han desaparecido algunas creencias y prácticas, y se han incluido nuevos elementos culturales, como la idea de asepsia o de causalidad microorgánica para ciertas enfermedades. Así por ejemplo, en la sociedad shipibo-conibo se distinguen dos grandes grupos de enfermedades: las producidas por causas sobrenaturales o mágico-animistas, como el daño; y las provocadas por causas naturales —por contagio—, que se propagan por sí mismas y son tratadas con medicamentos o con remedios herbales caseros. En este segundo rubro están las enfermedades endémicas de la zona, las picaduras, los resfríos, la parasitosis intestinal, las infecciones de la piel o de las mucosas, el sarampión, las ITS, el reumatismo y otras.

El encuentro entre el sistema médico de las comunidades y el sistema médico formal occidental no se ha producido en el marco de una relación horizontal y de respeto mutuo. El etnocentrismo ha hecho que se le adjudique la legitimidad al segundo, cuyos conocimientos y prácticas se tratan de imponer mientras se desvaloriza la medicina tradicional, reduciéndola a «creencias» o «supersticiones».

De Souza (1997) señala que la relación entre ambos sistemas ha sido siempre precaria, provisional y conflictiva. El sistema de las comunidades toma los conocimientos de la medicina oficial, pero los reinterpreta y los usa en sus prácticas cotidianas de acuerdo con sus intereses inmediatos y sus propios conocimientos y concepciones. Esto es también una forma de resistencia, mediante la cual se reafirma la identidad nativa y se cuestionan las interpretaciones dominantes, que deslegitiman los conocimientos ancestrales.

En este complejo marco de relaciones entre los sistemas de salud occidental y tradicional se enmarcan los esfuerzos por prevenir y atender la infección por el

VIH. Por ello, más que identificar *cuánto sabe sobre el tema* la población de estas comunidades, este estudio ha pretendido dar cuenta de las *nociones* construidas por ellas.

El primer aspecto que se debe señalar es que la infección por VIH y el Sida son conocidos por el nombre de «la enfermedad del Sida». Muy pocos pobladores establecieron una diferencia entre la persona que vive con VIH y la que está en la fase del Sida. Quienes lo hicieron fueron algunas mujeres y hombres que habían realizado estudios técnicos superiores fuera de la comunidad.

De manera general, los entrevistados señalaron tres rasgos principales del Sida: es una enfermedad, y por lo tanto presenta signos y síntomas; es peligrosa, porque es incurable y contagiosa; y viene de afuera. A partir de estas tres características, se puede profundizar en el cuerpo de conocimientos que la población tiene al respecto, el cual ha sido construido sobre la base de la información que recibe, pero que asimila y resignifica desde sus propios saberes.

Con relación al primer rasgo, los síntomas asociados a la «enfermedad del Sida» son los siguientes: delgadez, debilidad, fiebre, dolor de cabeza o de todo el cuerpo, marcas en la piel —manchas, heridas o llagas— y tristeza —cambio de carácter, pérdida de la alegría—. En esta descripción de síntomas asociados al Sida, el primer aspecto que cabe mencionar es que no solo se da cuenta de síntomas físicos sino también de síntomas emocionales y sociales, como la alegría, lo cual es frecuente en la visión de salud de las comunidades amazónicas. Reátegui (2003) explica que el pensamiento indígena amazónico es holístico, no segmenta la realidad de los individuos: si una persona se enferma, es porque se ha roto el equilibrio entre su mente, su espíritu y su cuerpo, y al mismo tiempo, el equilibrio que mantenía con los otros individuos y con la naturaleza.

Las características mencionadas de delgadez, debilidad y falta de alegría pueden estar asociadas a las imágenes que comúnmente se usan para describir a las personas que tienen Sida. Estas podrían haber sido fácilmente asimiladas por el hecho de que en la cultura shipibo-conibo —y tal vez también en los otros grupos étnicos—, se considera que, desde el nacimiento, las personas tenemos un principio vital que nos asegura el movimiento, la acción, la energía para realizar las actividades cotidianas; es decir, el bienestar físico y mental. Justamente, la enfermedad priva al cuerpo de este principio vital, y por ello se considera que la persona enferma palidece, se debilita, pierde el apetito, la sonrisa, la alegría de vivir, las ganas de trabajar (Bertrand-Rousseau 1986). Finalmente, el énfasis en asociar la delgadez a la enfermedad también puede estar relacionado con la experiencia cotidiana de enfermedades comunes como el parasitismo, tal como señalan Bant y Motta (2001), que debido a esta razón encontraron en las mujeres shipibo-conibo la asociación entre gordura y salud.

En relación con el segundo rasgo, a la «enfermedad» se le aplica el adjetivo de «peligrosa» porque es incurable desde el sistema médico formal, el cual solo puede ofrecer «calmantes» —idea que demuestra que no hay claridad sobre el TARGA—. Frente a este panorama desolador, surge la esperanza de que, desde el sistema médico de las comunidades, la «enfermedad» sí pueda ser curada: los informantes señalan que han oído que el Sida se puede curar con determinadas plantas medicinales —uña de gato, aceite de copaiba—, lo que muestra que aún tienen cierto valor y confianza en su propia medicina.

En cuanto a lo de «contagiosa», segunda característica que le confiere peligrosidad a la «enfermedad del Sida», si bien muchas personas conocen las vías de transmisión sexual y sanguínea, la población construye sus propias explicaciones. Así, aparecen frecuentemente otras vías de transmisión: la saliva infectada, que ingresa a través del estómago por usar el mismo vaso, cuchara o cepillo de dientes que la persona enferma; el sentarse en el mismo sitio que ella, especialmente si este quedó húmedo; el usar el mismo peine, bañarse en la misma *cocha*, visitarla o jugar con ella. Por lo tanto, al existir tantas vías de «contagio», la «enfermedad del Sida» se percibe como sumamente amenazadora.

Como consecuencia de esta concepción del Sida, la actitud de las y los comuneros hacia las PVVS —generalmente imaginada, ya que la gran mayoría no ha conocido nunca a una de ellas— está basada en el alejamiento, la distancia, la exclusión de las relaciones sociales. El «enfermo» de VIH o Sida es condenado al aislamiento.

Sin embargo, esta actitud cambia cuando se les pregunta qué harían si la persona con VIH fuera su pareja. Algunos y algunas señalaron que optarían por abandonarla inmediatamente, pero otros dijeron que intentarían curarla con plantas medicinales, y si no fuera posible, la acompañarían hasta su muerte.

El fuerte temor hacia el VIH puede ser una consecuencia de la cultura del miedo que se ha construido en torno a esta infección, que ha sido reforzada tanto por los mensajes de los agentes de salud como por la sensación de vulnerabilidad que tienen estas comunidades frente a las epidemias. Hay que recordar que, a lo largo de su historia, los pueblos amazónicos han sufrido experiencias devastadoras relacionadas con pandemias. Es importante destacar que este temor puede constituirse en un gran obstáculo para que las personas se sometan a las pruebas de diagnóstico del VIH.

Finalmente, se puede señalar que el tercer rasgo, que considera que el Sida es «una enfermedad venida de afuera», es la concepción a partir de la cual se construyen las nociones de cuáles son las conductas de riesgo y quiénes son las personas

vulnerables a la infección. Se debe tener en cuenta que esta concepción tiene un asidero en un hecho real, pues, efectivamente, la infección por VIH inicialmente fue adquirida por personas que salieron de las comunidades o tuvieron relaciones sexuales con forasteros.

Una serie de conductas son consideradas riesgosas: tener relaciones sexuales con personas «de fuera» —sea con forasteros que llegan a la comunidad o durante los viajes que realizan las y los pobladores—, tener múltiples parejas o tener relaciones con homosexuales, ya que se piensa que ellos son promiscuos y «tienen Sida». Como puede observarse, más que considerar que hay *conductas de riesgo*, se piensa en *grupos de riesgo*,<sup>16</sup> lo cual constituye una dificultad para la promoción de relaciones sexuales protegidas.

Cuando se les pidió identificar a las personas vulnerables frente al VIH, la mayoría mencionó a las y los adolescentes por el impulso sexual propio de su edad, por su libertad de movimiento —que los lleva a tener varias parejas, tanto dentro como fuera de las comunidades— y, en algunos casos, porque tienen relaciones con homosexuales. La percepción de riesgo para la población adulta apareció solo en contados casos. Así, algunos hombres adultos refirieron que su grupo etario está en mayor peligro de adquirir el Sida porque tienen más parejas que las mujeres, mientras que ellas mencionaron que podían estar en riesgo debido al comportamiento sexual de sus maridos.

La epidemia del VIH y el Sida no les resulta ajena a estas comunidades. Aunque no siempre la información que manejan corresponde a la realidad, no se puede decir que desconozcan el tema. Hay que subrayar que este hallazgo no se puede generalizar a otras comunidades amazónicas, puesto que las dos que se estudiaron tienen acceso a ciudades como Pucallpa y Atalaya, y además se encuentran muy conectadas al resto de la sociedad nacional a través de varios medios de comunicación: radio, televisión e incluso cable. Por otra parte, el grado de información al interior de las comunidades no es homogéneo. Por ejemplo, en la comunidad yine, las y los adolescentes mostraron un mayor dominio del tema, al parecer por el trabajo de prevención realizado desde la escuela, mientras que las mujeres casi no sabían nada de este. Por el contrario, en la comunidad shipibo-conibo, eran las mujeres quienes tenían mayor información, tal vez porque, al estar involucradas en la comercialización de artesanía, están en mayor contacto con los centros urbanos.

<sup>16</sup> Si bien en la actualidad ya no se usa la expresión *grupos de riesgo* sino *grupos vulnerables*, hemos mantenido la primera porque la percepción de las y los pobladores está mucho más cercana a esta.

### 3.3 ITINERARIOS ANTE LA PREVENCIÓN: ATENCIÓN DE SITUACIONES Y PROBLEMAS ASOCIADOS A LA SEXUALIDAD

En el campo de la salud sexual y reproductiva, los itinerarios pueden definirse como el conjunto de experiencias subjetivas —pensamientos, sentimientos, emociones— y comportamientos que se activan en forma secuencial para enfrentar diversas situaciones vitales vinculadas a la vivencia de la sexualidad. Estos itinerarios están moldeados por las representaciones sociales de la salud, la enfermedad y la sexualidad, así como por las redes sociales, las construcciones de género, la edad y el sector socioeconómico (Quintana, Hidalgo y Dourojeanni 2003), y podríamos añadir también el grupo cultural al que pertenece el individuo. Los itinerarios asociados a la salud sexual y reproductiva pueden variar dependiendo de la situación que se tiene que enfrentar. En este caso, se observaron los comportamientos y las acciones que realizan las personas para tratar de manejar tres situaciones: el embarazo adolescente, las ITS y el VIH.

Frente al embarazo adolescente, el referente principal a quien acuden las chicas es la madre; ella emerge como mediadora ante el padre —cuya reacción se teme— y además está en condiciones de brindar un apoyo concreto, sea para que la muchacha continúe o interrumpa su embarazo. En sus estudios sobre derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes shipibas y mestizas, Saldaña (2007) encontró que las primeras consideran que sus madres son una de las referencias más importantes para hacer consultas sobre sexualidad, sin que esto signifique que no dialogan también con sus pares. Con referencia al pueblo shipibo, Bant y Motta (2001) hallaron que si bien la sexualidad es un tema al que se hacen referencias cotidianamente, su abordaje de manera profunda y fluida parece enfrentar obstáculos no solo al interior de las parejas, sino también entre madres e hijas. Tal vez por esta razón algunas madres del pueblo yine se quejaron de que sus hijas acudían a ellas solo cuando el embarazo ya era un hecho y no antes.

Frente a las ITS, si bien algunos hombres adolescentes y adultos señalaron que su primera opción es ir a la posta, parece que lo más frecuente es recurrir primero al tratamiento con plantas medicinales. Las adolescentes que han contraído una ITS también acuden a la madre como figura principal, o en su defecto a las otras mujeres de la rama materna. No se ha logrado definir con suficiente claridad si esto ocurre también en el caso de los adolescentes hombres. Hay que tener en cuenta que, en el ámbito doméstico, las mujeres son las encargadas de curar con plantas medicinales; se trata de un conocimiento que se transmite oralmente de generación en generación (Bant y Motta 2001), y que generalmente se practica solo en el entorno familiar.

En la comunidad yine, algunas mujeres adultas mencionaron a la vaporadora, pero no se presentaron mayores referencias acerca de qué agentes de salud nativos podrían ayudar a la persona que tiene una ITS. Esto tal vez se debe a que, como ya se ha señalado, las ITS son consideradas enfermedades en las que no intervienen fenómenos sobrenaturales.

Entre las razones para no acudir a la posta en casos de ITS, las mujeres señalaron el tema de la vergüenza a mostrar sus genitales —acto que, en realidad, es necesario solo en casos extremos—. La vergüenza es también una de las razones para que ellas prefieran dar a luz en sus casas y no opten por el parto institucional. Otra barrera que mencionaron tanto hombres como mujeres fueron las dudas respecto a la confidencialidad del agente de salud. Por último, las y los integrantes de las comunidades perciben que la posta es útil únicamente para atender a los niños y niñas y hacerse cargo de enfermedades menores, pues en casos considerados graves, acuden a los hospitales.

Los agentes claves refirieron que las plantas medicinales siguen siendo la primera opción porque no todas las postas cuentan con personal bilingüe y los trabajadores de salud no conocen ni aceptan la medicina tradicional. Coincidentemente con esta percepción, un informe de la Defensoría del Pueblo (2008) señala que si bien la incorporación de agentes comunitarios es fundamental para afianzar el enfoque preventivo, no en todos los casos se cumple con la exigencia de que ellos conozcan la lengua y la cultura nativas.

Cabe mencionar que las barreras para acudir a las postas con el fin de tratar casos de ITS no son solo de tipo cultural, sino que están relacionadas con la insuficiente capacidad de los servicios de salud; por ejemplo, algunos agentes mencionaron el tema del desabastecimiento de medicinas. La Defensoría del Pueblo (2008) encontró que 76% de los establecimientos de salud visitados en la zona no contaban con medios de transporte para desplazarse o para derivar a las personas que necesitan una atención más compleja o de emergencia; tampoco tenían la cantidad necesaria de médicos, además de que el personal está expuesto a una alta rotación y la capacitación que recibe es mínima.

En la actualidad, se mantiene la convivencia entre los sistemas médicos locales y los biomédicos. Cárdenas (1989) señala que la medicina de estos pueblos puede ser el último baluarte en el que se refugia su identidad cultural. La vigencia de esta medicina se expresa en que las personas aún recurren a ella, aunque no es cierto que la utilicen exclusivamente, pues la medicina formal se ha impuesto en muchos terrenos; el bagaje farmacológico de esta última, que le permite prevenir y vencer muchas enfermedades, hace que los pobladores la acepten, la reclamen e incluso, en algunos casos, abusen de los medicamentos. Esta autora afirma que la

complementariedad entre la medicina tradicional y la moderna se viene dando en diferentes formas desde hace mucho tiempo.

En un bosquejo etnográfico de los shipibo-conibo del Ucayali, Eakin y colaboradores (1980) ya referían esta apertura a la medicina occidental y la mezcla de ambas, lo cual ha sido corroborado en el informe de la Defensoría del Pueblo (2008), que señala que en las comunidades se combinan los modelos de medicina tradicional y occidental de acuerdo con la complejidad de la enfermedad.

Algo que también ha sido visible en este estudio es que el acercamiento al servicio de salud depende en gran parte de la relación particular que establezcan las y los pobladores con la o el agente de salud. Así, las características de esta persona, y sobre todo su grado de conocimiento y respeto por el lenguaje y la cultura locales, pueden facilitar o dificultar en gran medida este acercamiento.

Un itinerario para las ITS debería consistir en que la persona afectada acuda a la posta para evitar que la infección se agrave, y su pareja también debería recibir el tratamiento correspondiente, más aún tomando en cuenta que las ITS son una puerta de entrada al VIH.

Finalmente, respecto al VIH y el Sida, la población de estas comunidades, conocedora de que en la actualidad la medicina formal no puede ofrecer una cura, ve como única opción viable el tratamiento con plantas medicinales en el hogar. Sin embargo, tampoco existe una terapéutica definida. En la medida en que el énfasis ha sido puesto en el carácter incurable de la infección, las y los pobladores consideran que no tiene ningún sentido acudir a los servicios de salud. Por ello, es necesario difundir un discurso alternativo, que visibilice la importancia que pueden adquirir estos servicios no solo para la prevención, sino también para el diagnóstico del VIH y para ofrecer la mejor calidad de vida posible a las PVVS.

### 3.4 LA PREVENCIÓN ASOCIADA A LA SEXUALIDAD

Muchas personas de las comunidades desconocen la palabra *prevención*, y quienes sí la conocen, la asocian con el cuidado y el evitar enfermedades. Si se reconoce la presencia de sistemas médicos propios, se está reconociendo implícitamente la existencia de prácticas para prevenir, mantener y recuperar la salud. La Defensoría del Pueblo (2008) ha señalado que la medicina tradicional es una práctica social orientada hacia la prevención, la promoción y el tratamiento de la problemática de la salud y la enfermedad, y que por lo tanto resulta una gran aliada para la prevención de las enfermedades.

El hecho de que las prácticas preventivas de la medicina tradicional no sean las mismas que las del sistema de salud formal ha determinado que se interprete que el concepto de prevención está ausente de las comunidades nativas. Se ha configurado una imagen de que a las y los nativos no les preocupa cuidarse ni evitar la enfermedad y la muerte, pues solo les interesa vivir el presente, tal como fue señalado por algunas personas que no pertenecían a estas comunidades.

Sin embargo, en estas comunidades existe la noción generalizada de que al tener relaciones sexuales hay que prevenir situaciones no deseadas, y si bien el énfasis aún está puesto en el riesgo del embarazo no planificado, también aparece la preocupación por las ITS. Tal vez por ello el condón no resulta un elemento extraño para la población de las comunidades, aunque, por supuesto, también hubo personas que declararon que nunca habían visto uno o que no sabían cómo se usaba.

En las comunidades, el uso del condón parece estar limitado a algunos hombres jóvenes. Por ejemplo, el agente de salud de Bufo Pozo señaló que lo solicitan especialmente los jóvenes; y el de Puerto Belén dijo que de 200 jóvenes que viven en la comunidad, solo unos 10 se acercan a pedir condones.

Respecto a las percepciones asociadas al condón, encontramos que el grupo de adolescentes reconoce su doble función de protección, aunque le da un mayor valor a su utilidad para prevenir el embarazo; por otra parte, algunas personas de la comunidad yine manifestaron su desconfianza acerca de si el condón realmente sirve. En este grupo etario —y en los hombres más que en las mujeres— hay una mayor apertura para el uso del condón que entre las y los adultos. Una barrera para su uso, presente en ambos sexos, es la idea de que disminuye el placer sexual.

Para las adolescentes, la imagen del condón es construida subjetivamente como que es un método más cercano al hombre, a diferencia de los que ellas usan para prevenir el embarazo —las plantas, las «ampollas» y las pastillas anticonceptivas—. En el caso de los adolescentes hombres, una limitación para el uso constante del condón es la creencia de que es necesario solo cuando tienen relaciones sexuales con chicas «que no conocen»; además, está presente la idea de que si su pareja les propone usarlo es porque está siendo infiel o tiene alguna enfermedad. Respecto al acceso al condón, se considera que son los hombres quienes tienen que pedirlo en la posta, único lugar en el que es posible obtenerlo. Entre las barreras se mencionan la vergüenza de solicitarlo, que no se les explique cómo usarlo y que la entrega esté condicionada a determinada edad.<sup>17</sup> Como se puede ver, las percepciones y actitudes de las y los adolescentes dificultan el uso del condón, especialmente en las relaciones de enamoramiento estables.

<sup>17</sup> Si bien no se señalaron edades, podría suponerse que se refiere a la disposición del Minsa de que, para ser atendidas en los servicios de planificación familiar, las personas menores de 18 años deben acudir acompañadas por su padre, madre o tutor.

En el caso de las y los adultos, el uso del condón es escaso. Los hombres lo utilizan cuando tienen relaciones con personas consideradas de riesgo, como mujeres que no son su pareja estable o a las que no conocen bien, y también homosexuales. Las parejas jóvenes estables lo usan como un método para prevenir el embarazo. Por lo tanto, en ambos casos se puede deducir que no es un uso continuo y consistente.

Las mujeres adultas refirieron otros temores, además del referido a la disminución del placer: a que les haga doler, a que pueda producirles algún daño a su salud y a que su pareja se enoje si le solicitan usarlo. Pero además, ellas consideran que si su pareja les propone usar condón es porque ya les está siendo infiel o tiene la intención de serlo, o porque quiere tener relaciones sin asumir responsabilidades. En cuanto al acceso, las barreras para las mujeres podrían ser mayores, ya que ellas consideran que son los hombres quienes deben hacerse cargo del uso del condón.

Por otra parte, algunos hombres entrevistados señalaron que en la posta solo entregan condones a los adultos que están afiliados al SIS.

Otras barreras mencionadas por los actores claves, asociadas a la cosmovisión amazónica, fueron las nociones de que lo adecuado es que las relaciones sexuales sean naturales —piel a piel— y de que si el hombre no eyacula dentro de la mujer, pierde el alma.

En las comunidades estudiadas, la mayor barrera identificada es que tanto adultos como adolescentes consideran que el uso del condón en relaciones estables pone en riesgo el vínculo de pareja. La posibilidad de una ruptura de la pareja es un factor percibido como muy amenazante, ya que, en la actualidad, las actividades de subsistencia no son suficientes para cubrir las necesidades de la unidad familiar sino que es indispensable la participación en la economía de mercado, que está principalmente en manos de los hombres.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres no solo está asociada al control de los recursos monetarios o de bienes provenientes del mercado, sino al prestigio que significa participar en esta economía y acceder a otros recursos simbólicos que otorga esta participación. Saldaña (2007) menciona que las mujeres de las comunidades amazónicas han ido perdiendo prestigio debido a que, al introducirse nuevas formas de sobrevivencia y de trabajo —sobre todo ejecutadas por los hombres—, se ha minimizado y desvalorizado el trabajo comunitario que ellas tienen a su cargo, a pesar de que, por la ausencia de sus maridos, las mujeres han tenido que asumir una mayor cantidad de tareas.

Al salir de las comunidades para desempeñarse como peones u obreros, los hombres se relacionan con la sociedad mestiza durante períodos más largos, lo que les permite

adquirir nuevas formas de prestigio y mayores destrezas —como hablar castellano, poseer DNI y manejar los códigos urbanos—, las cuales son inaccesibles o muy limitadas para las mujeres. En el caso de las shipibas, la autora señala que si bien conservan cierta autonomía debido a su participación en la economía de mercado, igualmente ven vulnerados sus derechos en forma cotidiana no solo en sus comunidades sino en las calles de las ciudades, donde deben enfrentarse a instituciones, relaciones y códigos con los que tienen que negociar desde la hostilidad y la discriminación.

Finalmente, queremos mencionar el aspecto lúdico asociado al condón. Tanto los agentes de salud y educación como los actores claves consideraron esta actitud como un obstáculo porque «le resta seriedad» al uso del preservativo. Sin embargo, también podría ser una oportunidad, porque habla de un contacto con el condón en el que no hay ningún tipo de rechazo o asco, como muchas veces ocurre. Este acercamiento más espontáneo e informal bien podría servir de base para el mercadeo.

### 3.5 OFERTA Y ACCESO A LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS, EL VIH Y EL SIDA

El trabajo de prevención del VIH es bastante limitado. Se ha desarrollado principalmente dependiendo de la motivación de los agentes de educación y salud, y no parece ser sostenido a lo largo del tiempo.

En una comunidad, las acciones de prevención han sido impulsadas básicamente desde la escuela, y cada docente ha definido la manera de hacerlo, contando algunas veces con el apoyo del agente de salud. En la otra comunidad, las acciones han sido realizadas desde la posta, que ha organizado charlas sobre las ITS, el VIH y el uso del condón dirigidas a diferentes grupos; además, a través del altoparlante se difunde un programa radial que goza de aceptación, pero abarca un espacio limitado.

Los agentes de educación consideran que el trabajo de prevención del VIH es, principalmente, una responsabilidad del sector Salud, cuyo personal está más capacitado. La comunidad también ha manifestado su deseo de que sea el personal de este sector el que se encargue de educar sobre el tema; las adultas enfatizaron, además, que quien se encargue de tratar con las mujeres debe ser una mujer. Los y las adolescentes, por su parte, señalaron que les gustaría recibir orientación de las y los docentes y de sus propias madres, además de escuchar al personal de salud. Para los actores claves, no cabe duda de que debe realizarse un trabajo articulado entre docentes bilingües, promotores, personal de salud y autoridades, aunque algunos consideran que esta tarea se debe sostener principalmente en miembros de

## 4. Conclusiones

la comunidad —padres de familia, promotores de salud—, tomando en cuenta la alta rotación a la que está expuesto tanto el personal de salud como el de educación.

En cuanto a la figura del par, no se considera que sea una persona capaz de orientar, debido a su falta de experiencia, pero sí es alguien con quien las y los adolescentes pueden compartir sus vivencias. Se puede decir que hay cierta apertura para una estrategia de educación de pares, pero a condición de que ellas y ellos sean un poco mayores que las y los adolescentes con los que traten. Además, se pone énfasis en señalar que las y los educadores de pares solo deberían cumplir el papel de ofrecer a los y las adolescentes el primer acercamiento al tema y motivarlos a que acudan a otros referentes que sí estén en condiciones de brindarles la orientación o el soporte concreto que necesitan. Sin embargo, una dificultad que podría presentarse para esta estrategia es la falta de confidencialidad, ya que como se trata de comunidades pequeñas, existe el temor de que la información se difunda. La población yine señaló explícitamente que para no correr el riesgo de que el par divulgue lo que se le ha contado, sería preferible que no sea miembro de la comunidad.

Respecto a las actividades preventivas que la población desearía que se realicen, se señalaron solo la charla y el taller, tal vez porque son las únicas conocidas. El énfasis estuvo puesto en pedir que se les converse y se les enseñe «con cariño». Probablemente, estos pedidos trasciendan la necesidad concreta de recibir información y orientación, y se refieran, más bien, a lo importante que es para estas comunidades que se establezca con ellas un diálogo horizontal y respetuoso en materia de salud. Desde los actores claves, surgió la propuesta de realizar un trabajo de prevención en el que se incorporen diversas estrategias de animación sociocultural.

Sobre los materiales educativos e informativos, se mencionaron el folleto, el rotafolio, el video y el afiche. Se dieron sugerencias para adaptar los contenidos de modo que sean pertinentes a la realidad cultural, y se precisaron sus ventajas y desventajas con relación a cada grupo poblacional. En lo que se refiere a la adecuación cultural, un tema central tanto para los materiales como para el desarrollo de las actividades es el respeto por la lengua propia de cada pueblo amazónico.

Algunos actores claves señalaron que las actividades de prevención del VIH deben ser sostenidas por un trabajo macro en el ámbito de las políticas. Las estrategias de prevención deben acompañarse con acciones de diagnóstico, y luego de atención a las personas cuyos resultados hayan sido positivos, para lo cual resulta imprescindible el establecimiento de alianzas.

Finalmente, en coherencia con la percepción existente de que los y las adolescentes conforman el sector más vulnerable frente a la infección por VIH, tanto las adultas y los adultos como las y los actores claves subrayaron la importancia de enfatizar las intervenciones con este grupo etario, que además es el más abierto a cambiar sus conductas.

A partir de los resultados hallados, se presentan los rasgos que pueden convertirse en barreras o en oportunidades para la prevención del VIH en las comunidades estudiadas.

#### 4.1 BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

- a) Antes de describir las prácticas sexuales consideradas riesgosas, es necesario precisar que si bien algunas son características de la cultura amazónica, otras se han generado por los cambios socioeconómicos que ha conllevado el hecho de que estas comunidades estén ubicadas en zonas extractivas de madera, hidrocarburos y otros recursos, lo que ha determinado que ingresen a la economía de mercado en condiciones desventajosas. Así mismo, hay que tomar en cuenta las transformaciones sociales en términos de relaciones de género y relaciones intergeneracionales, tal como se ha descrito en el estudio. Es indispensable partir por reconocer esto, pues de lo contrario se pueden reforzar los prejuicios existentes sobre la sexualidad de estas poblaciones.
- El inicio sexual a edades tempranas sin usar condón. Como se ha señalado, entre las y los adolescentes el uso del condón es muy escaso, y hay un alto índice de embarazos.
  - El alto número de parejas sexuales, incluyendo en algunos casos relaciones homosexuales. Las prácticas sexuales se establecen entre personas de la propia comunidad o de fuera, tanto por las salidas de los pobladores hacia otros lugares como por la llegada de forasteros. La práctica de tener varias parejas parece darse tanto en hombres como en mujeres; si bien esto ocurre en la etapa previa a la convivencia, puede perdurar después de esta, especialmente en el caso de los hombres.
  - El uso del condón es muy escaso. Las personas pueden usarlo cuando tienen relaciones sexuales con parejas eventuales o con desconocidos, pero no con su pareja estable. La excepción son las parejas jóvenes, que lo usan como método anticonceptivo, pero por lo tanto no en forma continua.
  - En las relaciones sexuales pagadas, heterosexuales y homosexuales, es poco probable que se use condón. Estas prácticas parecen darse especialmente entre las y los jóvenes, y los contactos se establecen tanto en la comunidad como fuera de ella, en bares o discotecas de las ciudades cercanas. Las comunidades muestran su rechazo ante estas prácticas, pero no toman acciones para enfrentarlas.
  - Las mujeres se enfrentan al riesgo de que las fuercen a tener relaciones sexuales tanto en la etapa de enamoramiento como dentro de la convivencia. El contexto de violencia física y/o psicológica en el que ocurren estas



relaciones no permite la protección frente a las ITS y el VIH. Puede afirmarse que en las comunidades estudiadas, la violencia contra la mujer es una realidad que no está siendo atendida. Aunque no ha podido establecerse la magnitud del problema, es seguro que esta práctica genera un grave riesgo de contraer VIH.

- Otra práctica sexual riesgosa es la asociada al excesivo consumo de alcohol, pues el estado de embriaguez dificulta la protección frente al VIH. Además, las relaciones forzadas para las mujeres también están vinculadas al alcoholismo.
- b) Sobre el escaso uso del condón, puede añadirse lo siguiente:
- Muchas de las razones identificadas y descritas en el estudio para explicar el escaso uso del condón son similares a las encontradas en las zonas urbanas, mientras que otras son particulares de la población estudiada. Asimismo, dentro de las propias comunidades hay concepciones generalizadas, comunes a todas las personas, independientemente de su edad o sexo —como la asociación del condón al menor placer sexual—, pero también hay otras particulares para cada grupo.

- El elemento central para que las personas determinen cuándo es o no necesario usar condón es su percepción sobre los «grupos de riesgo» —homosexuales, personas que tienen varias parejas sexuales, personas que tienen relaciones con forasteros— y sobre el único grupo que la mayoría considera vulnerable: los y las adolescentes. Estas percepciones, que no corresponden a la realidad, determinan que las personas creen que se están protegiendo de las ITS y el VIH cuando no es así.
  - En las relaciones de pareja estable, el condón es visto como un factor que debilita o incluso pone en riesgo el vínculo. Por lo tanto, las personas descartan su uso en ese contexto.
  - En la actualidad, si el abastecimiento de condones no ha aparecido como una barrera significativa es por el escaso uso y no porque esta provisión sea adecuada. La posta de salud es el único lugar en el que se pueden conseguir condones dentro de las comunidades.
- c) La significación de la «enfermedad del Sida» como muy peligrosa por su alto grado de contagio y por su condición de incurable genera un gran temor en las comunidades, lo que dificulta tanto la prevención como el diagnóstico, la atención y el acompañamiento a las PVVS. Si bien en muchos casos estas nociones y actitudes hacia el VIH y el Sida pueden haber pasado por un proceso de resignificación propia de la información a la que acceden los pobladores a través de los medios de comunicación y de sus viajes a las ciudades, también son el resultado de las actitudes negativas y el estigma que rodea al VIH en las zonas urbanas. A ello se le suma el desconocimiento y las actitudes negativas con que abordan el tema las y los agentes de educación y salud, quienes son, precisamente, los encargados de transmitir la información.
- d) Los servicios de salud no son percibidos ni se usan como referente para la atención de las ITS, incluyendo el VIH y el Sida. Las razones para ello no son solamente las diferencias culturales, sino también el insuficiente número de recursos humanos y las deficiencias en su capacitación, así como los serios problemas de presupuesto y de logística que enfrentan las postas. Es importante señalar esto porque muchas veces se pretende explicar el distanciamiento de la población respecto a los servicios de salud únicamente desde las características culturales o las relaciones de poder que se establecen con los agentes de salud, y no desde las carencias de la oferta, tema que afloró en las percepciones de la población recogidas en este estudio.



## 4.2 OPORTUNIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

- a) Las propias comunidades cuestionan algunas prácticas sexuales que pueden ser riesgosas frente a las ITS y el VIH. Por ejemplo, el inicio sexual temprano se está empezando a ver como un problema por el riesgo de embarazo. Incluso entre la propia juventud está empezando a surgir el deseo de postergar la edad del matrimonio para poder desarrollarse en el ámbito de los estudios o en el laboral; sin embargo, a veces este propósito choca con las escasas oportunidades que tienen las y los integrantes de este grupo etario.
- b) Las ITS son vistas como «enfermedades naturales», es decir, que no son producidas por factores sobrenaturales, por «daño» o por brujería. Así, en la medida en que son «naturales», se considera que el sistema de salud formal puede hacerles frente. Lo que sí es necesario es construir un itinerario en el que el sistema de salud sea la primera opción. Ello será posible en la medida en que se establezca una convivencia paralela entre el sistema médico tradicional y el sistema médico formal occidental, frente al cual estos pueblos se han mostrado abiertos ya desde hace bastante tiempo.
- c) Si bien la palabra *prevención* puede no ser muy conocida, las comunidades sí manejan esta noción. Así, se considera que en las relaciones sexuales es necesario prevenir algunos riesgos. El hecho de que se ponga el énfasis en

el embarazo no planificado se puede explicar tal vez porque, en la actualidad, este es el problema que más les afecta, o por lo menos el más visible.

- d) Las comunidades están preocupadas por la salud e interesadas por mejorar sus condiciones en este tema, que incluye la prevención frente al VIH, el cual es percibido como un peligro. Alrededor de esta necesidad se aglutinan no solamente las autoridades, las y los líderes de las federaciones indígenas y de las comunidades, y las y los agentes de salud y educación, sino también una parte de las y los pobladores.
- e) El contexto internacional y nacional fortalece las identidades étnicas sin negar su inclusión en un mundo global. Esto lleva a que, cada vez con mayor fuerza, se vaya reforzando la noción de ciudadanía de estas poblaciones, y por lo tanto sus integrantes se vayan percibiendo a sí mismos como sujetos de derechos y deberes. Además, hay un deseo manifiesto de mantenerse como pueblos y evitar desaparecer. Por supuesto, estos procesos no están exentos de tensiones, tanto al interior de los propios pueblos como con el resto del país, pero igual constituyen una motivación sobre la que se pueden establecer las bases para la prevención del VIH.

## 5. Recomendaciones para la acción

- Enfatizar la necesidad de prevenir el VIH y el Sida no solo desde la importancia que esto tiene para la salud, sino también desde su relevancia para el proyecto político de los pueblos amazónicos de preservar su supervivencia, identidad y cultura.
- Implementar una intervención integral que incluya el ámbito sanitario, educativo y comunitario, y desarrollar un trabajo articulado y sostenido entre las diferentes organizaciones existentes al interior de las comunidades. Esta labor debe tratar de encontrar alternativas frente a los problemas generados por la alta rotación del personal de salud y de educación.
- Promover la incorporación de comportamientos sexuales de prevención, evitando caer en el enfoque de que la sexualidad es riesgosa y respetando la visión propia de estos pueblos sobre el tema. El trabajo de prevención debe desarrollarse desde el enfoque de derechos y en un marco integral de salud sexual y reproductiva.
- Construir la percepción de riesgo en la población basándose en la noción de *conductas de riesgo* y no de *grupos de riesgo*.
- Poner especial énfasis en promover que las mujeres adultas incrementen sus conocimientos respecto al VIH, el Sida, las ITS y los comportamientos preventivos, considerando que ellas son el primer referente al cual recurren las adolescentes.
- Enfatizar la relación entre las ITS y el riesgo de adquirir el VIH, buscando que la población reconozca la importancia de un adecuado tratamiento para las ITS.

- Capacitar a las y los agentes de salud y educación en temas de sexualidad, ITS, VIH, Sida y uso del preservativo, haciendo hincapié en la deconstrucción de los conceptos erróneos.
- Ofrecer información correcta y clarificar las nociones erróneas. Ello implica que las personas encargadas de transmitir esta información revisen sus propias actitudes hacia la infección, para evitar seguir reforzando la cultura de miedo creada en torno a esta.
- Dar a conocer la existencia de retrovirales y la posibilidad de ofrecer tratamiento a las personas con VIH y Sida, con lo cual se contribuiría a deconstruir la imagen de «enfermedad incurable», que dificulta la prevención. Asimismo, debe establecerse la posibilidad de realizar exámenes de diagnóstico en los servicios de salud.
- Enfatizar las ventajas del uso del condón poniendo énfasis en su doble protección. Al mismo tiempo, difundir mensajes en torno a su uso que cuestionen las barreras identificadas, tales como la pérdida del placer y la noción de que quien lo usa es infiel. Estos mensajes deben diferenciarse según criterios de edad y sexo.
- Realizar el trabajo de prevención de las ITS, el VIH y el Sida, más allá de charlas y talleres, con estrategias de animación sociocultural tales como programas de radio —que tienen mucha llegada— y videos elaborados específicamente para esta población. Las acciones educativas e informativas se pueden enmarcar en actividades recreativas como campeonatos deportivos, fiestas, etcétera.
- Involucrar a los y las jóvenes como participantes activos en las estrategias de prevención en las comunidades. Para ello, se los puede capacitar en estrategias de animación sociocultural que les permitan llevar los mensajes de prevención al resto de la comunidad.
- Implementar en la escuela programas de educación sexual con un enfoque integral e intercultural, buscando que estas intervenciones sean sostenidas a lo largo del tiempo. Hasta el momento, esta actividad se ha venido desarrollando por iniciativa de las y los docentes, pero sin que exista una propuesta y una programación que comprometa a toda la institución educativa.

- Desde la escuela, se debe buscar el apoyo de los padres de familia y sobre todo de las madres, para reforzar sus habilidades de orientación y acompañamiento a sus hijos e hijas en el tema de sexualidad. Es necesario crear, con la participación de la propia comunidad, un modelo de orientación y acompañamiento que responda a las características particulares de estos pueblos.
- En la medida en que es necesario fortalecer las relaciones intergeneracionales —que vienen siendo afectadas por los cambios que enfrentan las comunidades—, se considera conveniente promover actividades conjuntas para padres, madres, hijos e hijas en contextos atractivos para todas y todos, como por ejemplo actividades deportivas.
- Se requiere visibilizar y abordar la problemática de la violencia contra la mujer, entre otras razones porque estas prácticas incrementan el riesgo de transmisión del VIH. Hay que mostrar de qué manera las relaciones sexuales forzadas y las relaciones sexuales pagadas son acciones que forman parte de esta violencia.
- Es preciso promover la presencia de instituciones inexistentes en la comunidad —como las Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente (DEMUNA)—, en las cuales las personas puedan presentar sus demandas en caso de maltratos, abusos y otras situaciones de vulneración de derechos.
- De manera conjunta con las comunidades, hay que establecer mecanismos para enfrentar el problema de las relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes, no solo por sus consecuencias en el campo de la salud sino también por las características de explotación que implican.
- Se debe establecer, junto con las autoridades de la comunidad, una estrategia para informar y facilitar el acceso a condones a los forasteros que visitan la comunidad.
- Mejorar la imagen institucional de los servicios de salud en las comunidades. Asegurar que estos estén en condiciones de responder a las necesidades de prevención, diagnóstico y atención de las ITS y el VIH, y que los establecimientos cuenten con los materiales, insumos y medicamentos necesarios.

- Capacitar a los agentes de salud para que conozcan y comprendan la cultura de las comunidades amazónicas. Sensibilizarlos para que mejoren su trato y guarden la confidencialidad, y para que establezcan con la población una relación cálida, equitativa y libre de prejuicios.
- Promover la presencia de agentes de salud de ambos sexos, de manera que las mujeres de la comunidad se sientan en confianza de hacer consultas respecto a su salud sexual y reproductiva.
- Elaborar una propuesta metodológica que permita a las y los agentes de salud brindar una educación en sexualidad que tome en cuenta la cosmovisión de las culturas amazónicas y que no se reduzca a un enfoque puramente biomédico y prescriptivo de comportamientos.
- Conformar equipos de capacitación bilingües estableciendo alianzas estratégicas entre las y los agentes de salud, las y los promotores y las y los docentes bilingües.
- Promover campañas educativas respecto al abuso del consumo de alcohol, sobre todo por su vinculación tanto con las situaciones de maltrato contra la mujer y la familia como con las relaciones sexuales desprotegidas.

## Bibliografía

ÁLVAREZ, Ricardo

1960 *Los piros: hijos de dioses*. Lima: Secretariado de Misiones Dominicanas del Perú.

ANDERSON, Jeanine

1990 «Sistemas de género e identidad de mujeres en culturas marcadas del Perú». *Revista Peruana de Ciencias Sociales*, vol. 2, n.º 1, pp. 77-117.

ANSIÓN, Juan

2007 «La interculturalidad y los desafíos de una nueva forma de ciudadanía». En Juan Ansión y Fidel Tubino (editores). *Educación en ciudadanía intercultural: experiencias y retos en la formación de estudiantes universitarios indígenas*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 37-61.

BANT, Astrid y Angélica MOTTA

2001 *Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali: género y salud reproductiva*. Lima: Manuela Ramos.

BELAUNDE, Luisa Elvira

2005 *El recuerdo de Luna: género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

BERTRAND-ROUSSEAU, Pierrette

1986 «La concepción del hombre entre los shipibos: estudio de algunas nociones». *Anthropologica*, n.º 4, pp. 93-114.

CAMINO DIEZ CANSECO, Alejandro

1977 «Trueque, correrías e intercambios entre los quechuas andinos y los piro y machiguenga de la montaña peruana». *Amazonía Peruana*. Vol. 1, n.º 2, pp. 123-140.

CÁRDENAS, Clara

1989 *Los unaya y su mundo. Aproximación al sistema médico de los shipibo-conibo del río Ucayali*. Lima: Instituto Indigenista Peruano y Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2008 *La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado. Informe Defensorial 134*. Lima: Defensoría del Pueblo.

DE SOUZA, María

2003 *Investigación social*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

1997 *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

EAKIN, Lucille; Erwin LAURIAULT y Harry BOONSTRA

1980 *Bosquejo etnográfico de los shipibo-conibo del Ucayali*. Lima: I. Prado Pastor.

ESPINOZA DE RIVERO, Óscar

2007 «Relaciones de género en las sociedades indígenas de la Amazonía: discusiones teóricas y desafíos actuales». En Maruja Barrig (editora). *Fronteras interiores: identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 183-202.

HEISE, María; Liliam LANDEO y Astrid BANT

1999 *Relaciones de género en la Amazonía peruana*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.

HVALKOF, Soren (compilador)

2003 *Sueños Amazónicos: un programa de salud indígena en la selva peruana*. Copenhague: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

MORIN, Françoise

1998 «Los shipibo-conibo». En *Guía etnográfica de la Alta Amazonía*. Vol 3. Fernando Santos Granero y Federica Barclay Rey de Castro (editores). Quito: Balboa, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Smithsonian Tropical Research Institute, pp 275-438.

PAREDES, Susel

2005 *Invisibles entre sus árboles. Derechos humanos de las mujeres indígenas amazónicas en el Perú: el caso de las aguarunas, asháninkas y shipibas*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

PAREDES, Susel y Carolina RUIZ

2006 *El reto de organizarse: sistematización del proyecto «Fortalecimiento de las capacidades de las federaciones de mujeres aguarunas y asháninkas para la promoción y defensa de sus derechos reproductivos»*. Lima: Flora Tristán.

QUINTANA, Alicia; Catalina HIDALGO y Diego DOUROJEANNI

2003 *Escuchen nuestras voces. Representaciones sociales e itinerarios de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes*. Lima: Instituto de Educación y Salud.

REÁTEGUI, Juan


2003 «El Programa de Salud Indígena». En Hvalkof 2003, pp. 178-185.

SALDAÑA, Maribel

2007 «Sexualidad de las mujeres de la población shipibo-konibo». *Chacarera*, n.º 34, número especial, Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, pp.1811-4911. Disponible en <<http://www.flora.org.pe/pdfs/Chac34.pdf>>.

TOURNON, Jacques

2002 *La merma mágica: vida e historia de los shipibo-conibo del Ucayali*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.



WEEKS, Jeffrey

1998 *Sexualidad*. México D. F.: Editorial Paidós Mexicana.

ZAVALETA, Carol; Connie FERNÁNDEZ, Kelika KONDA, Yadira VALDERRAMA, Sten H. VERMUND y Eduardo GOTUZZO

2007 «Short Report: High Prevalence of HIV and Syphilis in a Remote Native Community of the Peruvian Amazon». *American Journal Tropical Medicine and Hygiene*, 76 (4), pp. 703-705.

