



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA, SALUD Y  
DESARROLLO COMUNITARIO.**

# **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES  
SOCIALES Y CULTURALES EN LA TRANSMISION DE  
VIH/SIDA EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN,  
PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, PERÚ.**

**Autora: Insun Park**

**Tutor Académico: Dr. Francisco Giner Abati**

Departamento de Psicología Social y Antropología.

Junio, 2018





**UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA, SALUD Y  
DESARROLLO COMUNITARIO.**

# **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES  
SOCIALES Y CULTURALES EN LA TRANSMISION DE  
VIH/SIDA EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN,  
PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, PERÚ.**

**Autora: Insun Park**

**Tutor Académico: Prof. Francisco Giner Abati**

**Fdo.: .....**

Departamento de Psicología Social y Antropología.

Junio, 2018

### **DECLARACIÓN DE AUTORÍA:**

Declaro que he redactado el trabajo *“Estudio de la influencia de los factores sociales y culturales en la transmisión de VIH/SIDA en el distrito de San Ramón, provincia de Chanchamayo, Perú”* para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2017-2018 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

Declaro también que las fotografías que aparecen a lo largo de este trabajo son de mi autoría o cuentan, en su caso, con el permiso de los autores o protagonistas para su utilización.

Salamanca, 8 de junio de 2018

Fdo. -----

## AGRADECIMIENTOS

Hace diez años conocí Salamanca gracias al programa de intercambio español de la Universidad de Corea del Sur. En ese momento no imaginé que iba estudiar este máster en la Universidad de Salamanca. A pesar de las dificultades para llegar a dominar el español a largo plazo, en mi interior existía un pensamiento claro de que quería estudiar algo relacionado con la antropología médica y su posible aplicación en el campo de la cooperación internacional.

Nunca imaginé que después de tantos años volvería a esta ciudad, quizás fue el destino quién me trajo aquí para poder estudiar y desarrollar mis estudios realizados anteriormente. Aunque no ha sido fácil llegar hasta aquí hoy estoy muy contenta y me siento muy orgullosa de haber conseguido aquello que me propuse.

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y que han estado a mi lado todo este tiempo. A pesar de haberme encontrado con la barrera del idioma y las diferencias culturales, siempre me he sentido arropada y eso ha hecho más fácil mi estancia en España y en Perú. Gracias a esas personas que confiaron en mí desde siempre he podido llegar a conseguir mis metas.

Al Prof. Dr. Francisco Giner Abati, la persona que me ha orientado y dirigido, a Ud. muchísimas gracias. Gracias por su consideración, por su comprensión y por sus palabras de ánimo, todo ello me ha ayudado a afrontar con coraje este reto y finalmente llegar a realizar este Trabajo de Fin de Máster.

Quiero agradecer a mi familia, que ha estado conmigo en todos los momentos a pesar de la distancia que nos separa, ellos me han dado la fuerza para llegar hasta aquí y sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Al hospital de La merced y al Centro de Salud de San Ramón, expreso mi más sincera gratitud por haberme permitido conocer de cerca el complicado mundo del VIH/SIDA, sin su apoyo y sin su paciencia no habría podido llegar a tener los conocimientos que tengo hoy día.

Al Ayuntamiento Provincial de Chanchamayo, gracias por el recibimiento y la acogida, no he tenido ninguna dificultad gracias a vuestra implicación desde el primer momento.

A mi querida amiga Solansh Liliana Mariano Beraun, quiero agradecerle por el esfuerzo que has hecho para ayudarme en mejorar mi Trabajo Fin de Máster. Eres una persona muy trabajadora y eso me lo has transmitido a mí, gracias a ti he podido llegar hasta aquí.

A mis compañeros de clase, gracias por el tiempo que hemos compartido juntos en Salamanca, me he sentido muy feliz con vosotros y nunca olvidaré todos los momentos que hemos pasado. Asimismo, gracias por la ayuda que me habéis ofrecido en mis trabajos, cada corrección me ha hecho aprender un poco más.

A mis amistades y todas las personas que he conocido en Salamanca, gracias por el apoyo incondicional y los ánimos para continuar mi camino.

A mis amigos de Corea, que aun estando lejos he sentido su cariño y su apoyo, gracias por confiar en mí desde siempre. A vosotros, muchas gracias.

A mis amigos de Perú, la distancia no ha sido un impedimento para sentirlos cerca, gracias a vosotros por ser parte de la motivación para estudiar este máster. Mi estancia en Chanchamayo ha sido mejor gracias a vosotros, gracias por vuestra amabilidad y cariño, gracias por hacerme sentir como en casa.

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Las abreviaturas se han reseñado por orden alfabético.

**ADN:** Ácido desoxirribonucleico

**ARN:** Ácido RiboNucleico

**CDC:** Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos

**CEDAW:** Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

**CME:** Campaña Mundial por la Educación

**CONAMUSA:** Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud

**DEVIDA:** Desarrollo y Vida sin Droga

**DIRESA JUNIN:** Dirección Regional de Salud (Región Junín)

**DIRESA:** Dirección Regional de Salud

**DISA:** Direcciones de Salud

**ESN:** Estrategias Sanitarias Nacionales

**ESNITSS:** Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA

**EsSalud:** El Seguro Social de Salud (del Perú)

**ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual

**GERESA:** Gerencia Regional de Salud

**GTZ:** Cooperación Técnica Alemana

**HSH:** Hombres que tienen sexo con otros hombres

**INEI:** El Instituto Nacional de Estadística e Informática

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual

**LGBTI:** Lesbianas, Gais, Bisexuales, transexuales, transgéneros, travestis e Intersexuales

**MICRO RED de Salud:** Micro Red regional de Salud

**MINSA:** Ministerio de Salud

**ONUSIDA:** El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**OSB:** Organizaciones Sociales de Base

**PEM:** Plan Estratégico Multisectorial

**PpR:** Presupuesto por Resultados

**PROCETSS:** Programa de Control de ETS y SIDA

**PVVS:** Personas que Viven con el VIH y SIDA

**RED de Salud:** Red regional de Salud

**SENATI:** Servicio Nacional de Adiestramiento en Trabajo Industrial

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia humana adquirida

**SPSS:** Software Procesador de Datos Estadísticos

**TAE:** Trastornos Afectivos Emocionales

**TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

**TARV:** Tratamiento Antirretroviral

**TBC:** Tuberculosis

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura



**UNFPA:** El Fondo de Población de las Naciones Unidas

**VHB:** Virus de la Hepatitis B

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS.....   | 5  |
| ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....   | 7  |
| RESUMEN.....   | 13 |
| INTRODUCCIÓN.....  | 15 |
| CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO .....  | 20 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN.....  | 20 |
| 1.2. REFERENTES CONCEPTUALES SOBRE EL VIH .....                                | 22 |
| 1.2.1. DEFINICIÓN DEL VIH .....  | 22 |
| 1.2.2. FASES DE LA INFECCIÓN.....  | 23 |
| 1.2.3. TRATAMIENTO .....   | 25 |
| 1.2.4. BREVE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO .....                                     | 28 |
| 1.2.4.1. VIH/SIDA EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA .....                            | 28 |
| 1.2.4.2. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ.....                                | 31 |
| 1.2.4.3. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN LA PROVINCIA DE CHANCHAMAYO.....            | 34 |
| 1.2.4.4. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN.....               | 35 |
| 1.3. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES .....                           | 36 |
| CAPÍTULO 2. OBJETIVOS Y CUESTIONES.....  | 41 |
| 2.1. OBJETIVO GENERAL .....  | 41 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 41 |
| 2.3. CUESTIONES.....   | 42 |
| CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....   | 42 |
| 3.1. TRABAJO DE CAMPO REALIZADO EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN EN<br>EL PERÚ..... | 42 |
| 3.2. TIPO DE ESTUDIO.....  | 43 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....                               | 44  |
| 3.3.1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA .....   | 44  |
| 3.3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA .....  | 44  |
| 3.3.2.1. CUESTIONARIO.....   | 45  |
| 3.4. CARACTERÍSTICAS Y DISEÑO DEL MUESTREO.....  | 45  |
| 3.4.1. ESTRATEGIAS DE MUESTREO.....  | 46  |
| 3.4.2. TAMAÑO MUESTRAL.....  | 47  |
| 3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....  | 47  |
| 3.5.1. ANÁLISIS CUALITATIVO .....  | 47  |
| 3.5.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO.....  | 48  |
| <br>   |     |
| CAPÍTULO 4: RESULTADOS .....   | 48  |
| 4.1. RESULTADOS CUALITATIVOS.....  | 48  |
| 4.1.1. FACTORES SOCIALES .....   | 52  |
| 4.1.1.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y EL VIH/SIDA.....  | 52  |
| 1) INMIGRACIÓN Y MOVILIDAD .....   | 52  |
| 2) POBLACIÓN JOVEN SEXUALMENTE ACTIVA .....  | 57  |
| 3) HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH).....                                    | 63  |
| 4.1.1.2. SISTEMA EN LA SALUD PÚBLICA Y EL VIH/SIDA.....                                    | 69  |
| 1) PLAN Y PRESUPUESTO POR EL ESTADO PERUANO.....   | 71  |
| 2) ATENCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DEL VIH/SIDA POR PARTE DEL GOBIERNO..                        | 75  |
| 3) EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN POR PARTE DEL SISTEMA PÚBLICO.....                            | 81  |
| 4.1.2. FACTORES CULTURALES.....  | 86  |
| 4.1.2.1. ABUSO FÍSICO Y SEXUAL Y VIOLENCIA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL<br>VIH/SIDA ..... | 88  |
| 1) ABUSO FÍSICO Y SEXUAL .....   | 88  |
| 2) VIOLENCIA FAMILIAR.....   | 89  |
| 4.1.2.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL.....  | 91  |
| 1) PROMISCUIDAD Y PAREJAS MÚTIPLES .....   | 91  |
| 2) CULTURA Y SEXUALIDAD EN EL PERÚ.....  | 93  |
| 3) ALCOHOL Y ACTIVIDAD SEXUAL.....   | 97  |
| 4.1.2.3. PERCEPCIÓN, MITOS Y CREENCIAS EN EL VIH/SIDA.....                                 | 100 |
| 1) PERCEPCIÓN EN EL USO DEL PRESERVATIVO .....   | 100 |

|   |     |
|---|-----|
| 2) PERCEPCIÓN DE LA INVULNERABILIDAD .....        | 104 |
| 3) PERCEPCIÓN DEL VIH Y SIDA .....                | 107 |
| 4) ROLES DE GÉNERO Y MACHISMO .....               | 110 |
| 4.2. RESULTADOS CUANTITATIVO .....                | 114 |
| 4.2.1. ANÁLISIS .....                             | 114 |
| CAPÍTULO 5: LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN ..... | 145 |
| CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES .....                    | 149 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                  | 152 |
| ANEXO: MODELO DE CUESTIONARIO .....               | 161 |
| ÍNDICE DE TABLAS.....                             | 165 |
| ÍNDICE DE GRAFICOS .....                          | 165 |
| ÍNDICE DE TABLAS DE ENCUESTA .....                | 166 |

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Identificar la influencia sobre la transmisión del VIH/ SIDA en el distrito de San Ramón de la provincia de Chanchamayo, específicamente en el ámbito social y cultural a través de una perspectiva antropológica médica.

**METODOLOGÍA:** Diseño: según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es prospectivo, debido a que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido en determinado tiempo. Asimismo, según el análisis y alcance de los resultados, considero el estudio descriptivo con la relación entre las variables de los factores sociales y culturales. Sujetos: habitantes entre 18 y 70 años de edad en el distrito de San Ramón en la provincia de Chanchamayo del Perú (n=376). Técnicas de investigación y análisis: de tipo estrategias múltiples, con encuestas estandarizadas para identificar los factores sociales y culturales que influyen el VIH/SIDA, y entrevista semiestructurada en el hospital con los trabajadores y los pacientes para el análisis de los factores sociales y culturales.

**RESULTADOS:** se refieren acerca de los factores sociales y culturales en la transmisión de VIH/SIDA en el distrito de san ramón, provincia de Chanchamayo, Perú contemplados en el cuestionario realizado a los habitantes del Distrito de San Ramón. En el segundo apartado se realizó la comprobación de las hipótesis planteadas en el trabajo de investigación.

**CONCLUSIONES:** esta investigación no va dirigida a aquellas personas que viven con esta enfermedad sino por el contrario para aquellos que no la padecen, teniendo en cuenta que la sexualidad juega tan importante en nuestra vida. Por lo tanto, el problema del VIH concierne a todo el mundo, a todas las personas de cualquier sexo y edad. Todo

debemos tener mismos conocimientos con respecto a los comportamientos y actitudes sexuales.

**PALABRAS CLAVE:** antropología médica, VIH/SIDA, epidemia, influencia, transmisión, los factores sociales y culturales, Perú, Chanchamayo, sexualidad, diversidad cultural, discriminación, desigualdad

## INTRODUCCIÓN

Según el libro de *Cultura y riesgo sexual - Perspectivas antropológicas sobre el SIDA*: La cultura es explicada como una serie de cuestiones que dificultan combatir efectivamente la epidemia. Acorde a la frase dada, también se puede destacar un segundo y notable consejo de que no se debe alterar la cultura que se está estudiando (Herdt y Stoller, 1990). Es decir, que es necesario crear una perspectiva equilibrada entre los puntos de vista externo e interno para proponer una intervención preventiva, pero respetando la cultura al mismo tiempo, aunque esto aquí es discutible.

Hasta el día de hoy, varios estudios han estado dirigidos al ámbito individual en términos de comportamiento sexual y conocimientos acerca del VIH y el SIDA, siendo esta una razón de gran interés personal, por lo que he desarrollado este estudio en un distrito pequeño del Perú, como tema de investigación para mi trabajo final de máster.

El virus causante del SIDA es visto como la invasión del cuerpo, que, al infiltrarse en él, destruye el sistema inmune lentamente y luego conduce a una muerte silenciosa. Si bien es posible observar cambios en el cuerpo biológicamente, lo primero es identificar los factores de riesgo en los seres humanos, toda vez que estos puedan contribuir a la prevención y reducir la incidencia de la enfermedad del SIDA a través de la comprensión de comportamientos de riesgo.

Asimismo, podemos mencionar que la sociedad no ha sido lo suficientemente sensibilizada con respecto a las causas del SIDA, un campo que ha sido aislado por largo tiempo, por lo que me siento motivada a iniciar esta búsqueda de los factores sociales y culturales de tal enfermedad, así como las soluciones y alternativas para poder disminuir la prevalencia de la enfermedad. Este tipo de enfoque no solo implica la aplicación con un plan de prevención efectuado por los médicos, sino también propone introducir cambios en nuestra vida cotidiana.

En la actualidad, la antropología médica está consolidándose como un dominio relevante, que se afianza en todo el mundo. Recientemente se han articulado antropología y medicina en muchos proyectos tantos de salud pública, como de cooperación

internacional. Según mi investigación, se puede apreciar cuán complejos y múltiples son los enfoques sociales y culturales que llevan al entendimiento de la antropología en la salud. Además, llegué a la comprensión de que la antropología en la salud guarda una relación profunda con los intereses de los seres humanos.

Si nos preguntamos sobre la antropología médica, encontramos una definición en la tercera edición del manual de Brown y Closser en el 2016:

“Aunque algunos antropólogos médicos estudian la salud de las poblaciones prehistóricas, la mayoría de los antropólogos médicos usan una orientación cultural para estudiar la salud y la medicina en las poblaciones contemporáneas, especialmente las multiétnicas como la nuestra.”

Como una acotación, si el médico diagnostica nuestro cuerpo biológicamente, se puede decir que el antropólogo médico diagnostica los fenómenos sociales y culturales con respecto a la salud y la enfermedad, por lo que es sorprendente e interesante la posibilidad de analizar la salud y la enfermedad en la sociedad mediante el análisis de su cultura, la cual es propia de cada país, que, a su vez, se ocupa de la biomedicina de acuerdo a la tendencia de los tiempos en relación con la salud. Y este método de interpretación no se limita a un país específico, sino que se puede aplicar a todos los países.

Asimismo, el objetivo de este trabajo se refleja en la siguiente cita:

“Los esfuerzos por retratar la forma en que las personas buscan sobrevivir y reproducir la humanidad y la existencia social históricamente y en el presente a menudo se pasan por alto como productos de "cultura". A partir de ahí, ha sido un paso corto ver la cultura como una fuerza monolítica que determina la identidad y el comportamiento de las personas ... [y] los médicos y los profesionales de la salud pública a menudo han utilizado el concepto de cultura como la clave para vincular los factores sociales y la enfermedad” (Lock y Nguyen, 2010).

Existen más agentes patógenos infecciosos que antes y, dado el estado actual de los conocimientos preventivos y terapéuticos, es probable que la gran mayoría de estas amenazas de enfermedades infecciosas persistan hasta bien entrado el siglo XXI (Chin, 2001). Especialmente, el SIDA sigue un proceso en el cual el sistema inmune del cuerpo se debilita gradualmente por un largo tiempo al ser infectado por una persona aparentemente sana.



A pesar de que la provincia de Chanchamayo en el Perú es tranquila, pacífica y utópica, sus indicadores epidemiológicos, presentados por la Red de Salud Chanchamayo, indican que la tasa de infección está aumentando, lo que puede interpretarse como un crecimiento de la influencia de los comportamientos sexuales en relación a la cultura en esta sociedad. En la actualidad, la Red de Salud Chanchamayo todavía no ha llegado a profundizar y dar el valor y la importancia necesaria a los enfoques sociales y culturales como factores determinantes del problema del virus del SIDA, y su influencia en la transmisión del VIH entre los habitantes del distrito de San Ramón en la provincia de Chanchamayo.

Al estudiar y analizar los factores culturales, y entender el comportamiento sexual, la costumbre, la percepción, el mito y la creencia sobre el VIH y el SIDA, confirmé que el asunto es percibido como un contagio disimulado u oculto por un largo tiempo, el cual recién se muestra en muchas personas en la actualidad. Mientras tanto, la investigación de los factores sociales trata de determinar los factores de riesgo social en la epidemiología de la infección, por ejemplo: las vulnerabilidades sociales y las condiciones del entorno. Los factores sociales son más notables y perceptibles que los culturales, sin embargo, es importante elegir cuidadosamente cuáles son los determinantes en la comunidad del distrito de San Ramón. No obstante, ha sido más sencillo conocer los factores sociales que los culturales por medio de los datos epidemiológicos a nivel nacional del Perú.

De todas maneras, considero relevante la investigación acerca de los factores sociales y culturales determinantes de la aparición del SIDA en la provincia de Chanchamayo en Perú; y me satisface poder contribuir a la prevención del VIH/SIDA en el distrito de San Ramón, sintiendo un gran compromiso por avanzar en la búsqueda de respuestas antropológicas.

La cultura muestra un aspecto abierto cuando es comparada con la de otros países a través de las diferencias y sus características. Sin embargo, esta progresa lentamente a la hora de percibir su propia esencia, que se estandariza por los comportamientos sexuales entre los miembros de un grupo particular. Incluso, pude percibir elementos ocultos de

los que no se hablaron en la entrevista personal ni en la encuesta a los pobladores, y que luego, y a menudo, aparecieron en otros grupos sociales.

Tal experiencia de investigación de los factores culturales se puede vincular al libro: *La enfermedad y sus metáforas: El SIDA y sus metáforas*, en la siguiente frase:

“Las personas empiezan a perder sus empleos cuando se sabe que son VIH-positivos (aunque en Estados Unidos no sea legal despedir a nadie por esa razón) y de ahí que la tentación de esconder el resultado del test sea inmensa” (Sontag, 2012).

El SIDA tiene una asociación negativa en la sociedad, por lo tanto, las personas no suelen compartir con los extranjeros, con tanta facilidad, sus opiniones acerca de los estereotipos sobre el VIH/SIDA. Es decir que nos encontramos limitados por la falta de confianza y por la vergüenza entre investigadores e investigados, aunque no se sienta tal distinción en ambas partes. También, se la ha dado atención a los relatos de cada vida cotidiana, sucesos inesperados y eventos regulares para llegar a conocer sus posturas sobre el SIDA.

Para entender los aspectos socioculturales de otros países, no podemos esperar una explicación formal y abierta. El proceso de aprendizaje de una cultura y una sociedad ocurre de manera muy polifacética y requiere esfuerzos aislados por un largo tiempo. Esa exploración a menudo ayuda directamente a conocer la cultura como es. Por lo tanto, esta investigación fue inconstante y tomó tiempo considerable en su elaboración para poder captar la relación entre la cultura y el VIH, a pesar de las dificultades y sentimientos de frustración en el proceso de la misma.

Investigar el fenómeno de la enfermedad y la salud de un país a través de un enfoque cultural es un acercamiento empírico que tiene un método muy activo y es una forma de medir cuán interesado se está por conocer otra cultura.

En el proceso y la ejecución de investigación observé que los chanchamaínos tienen una actitud muy fluida y pocos estereotipos en lo que respecta tener el SIDA a diferencia de mis paisanos coreanos, cuando comparo los prejuicios persistentes y la actitud del SIDA en la sociedad coreana.

En el estudio, los niveles económicos y educativos no han sido considerados dentro de los factores sociales, puesto que, entre los pobladores del distrito de San Ramón, estos no son factores condicionantes del contagio del VIH/SIDA. Sin embargo, en el marco de las distinciones sociales se tiene en cuenta la desigualdad de género y el ámbito regional.

En un contexto cultural, la enfermedad es percibida de forma más negativa que en uno biológico. Particularmente, la percepción negativa de la enfermedad podría llegar a ser contagiosa en términos sociales y culturales, a través de la desinformación de la población, que, termina generando temor hacia las personas seropositivas; es por eso que no deberíamos sorprendernos si se suele evitar el SIDA o a las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS).

No podemos esperar una percepción crítica por parte de una sociedad que no ha superado estos desafíos, y que ignora el hecho de que los factores sociales y culturales pueden llevar al contagio del VIH/SIDA; por lo tanto, los mismos que ejercen el excesivo prejuicio, son igual de vulnerables.

A pesar de todo lo mencionado y considerando, y del pensamiento abierto y de carácter flexible de las personas peruanas, se espera que la discriminación y el prejuicio, producto de la ignorancia acerca del VIH/SIDA, tengan un cambio de perspectiva a través de información y educación.

Personalmente, muestro interés por los Derechos Humanos, es por eso que deseo observar, identificar y describir los factores culturales de la enfermedad en el entorno más vulnerable, toda vez que no logro concebir que aquellas personas que portan este virus estén sufriendo y padeciendo el estigma social, aparte de su situación de precariedad.

En conclusión, aspiro que este estudio cambie mi perspectiva personal y, de alguna manera, la de los que muestran interés sobre el VIH/SIDA; también, quisiera que su aplicación en el campo de la antropología médica fuera hecha, lo antes posible con los consiguientes beneficios.

## **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. JUSTIFICACIÓN**

Hoy en día, el SIDA es conocido en el mundo como una enfermedad que tiene una velocidad imparables de transmisión entre una persona infectada a otra persona por contacto sexual, sangre y hemoderivados. Cuando fue descubierto por primera vez en Estados Unidos, en el verano de 1981, nadie imaginaba que iba a ser una enfermedad tan notable e incurable durante la vida.

Desde luego, el VIH/SIDA se ha extendido por los espacios geográficos en todos los países. A menudo el SIDA es sinónimo de contagio y de contaminación de las personas infectadas, por lo tanto, hace que las personas teman por el SIDA, a pesar que se está reduciendo el número de nuevas infecciones por el VIH en el mundo. Según ONUSIDA, la tendencia de reducción de casos continuará, con, por lo menos, 500.000 casos para el año 2020, lo que pondría fin a la epidemia del SIDA como amenaza para la salud pública.

La situación del VIH/SIDA a nivel de la región de las Américas ha tenido un incremento significativo en los últimos cuarenta años, llegando a estar presente prácticamente en cada uno de los países del continente. Los determinantes económicos, políticos, sociales, culturales, migratorios y ambientales propician el desarrollo del contagio y factores de riesgo que facilitan la transmisión de la enfermedad.

El VIH/SIDA ha ido incrementado desde que apareció en el Perú el año 1983, según datos oficiales del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú. En este país, se han registrado 108.667 casos de infectados por el VIH y 38.049 de casos en el SIDA. Asimismo, la prevalencia del VIH estimada en la población adulta peruana es de 0,3 %, es decir 3 de cada 1.000 personas viven con la enfermedad, y de cada 10 personas que tienen el VIH y el SIDA, 8 son hombres.

Las organizaciones que manejan los temas de salud consideran que la zona Andina tiene una epidemia “escondida pero creciente”. Indicadores recientes, proporcionadas por la Dirección Regional de Salud de Junín del año 2015, muestran que en Junín existen 489 pacientes con VIH, de los cuales 452 son atendidos por dicha institución gubernamental, y 37 por EsSalud. Además, según la oficina de Epidemiología de la DIRESA Junín, las edades donde existe mayor incidencia son entre los 25 y 35 años, dando a suponer que se infectaron en la adolescencia.

El presente trabajo de investigación se refiere a un contexto social y cultural de selva alta, donde el ejercicio de la sexualidad humana responde a características particulares que inciden en el incremento de las infecciones de transmisión sexual y donde es necesario intervenir para modificar prevalencia de estas enfermedades. En el 2017, la Unidad de Epidemiología de la Red de Salud Chanchamayo ha registrado un total de 18 casos de VIH y 5 casos del SIDA en las jurisdicciones de los distritos de San Ramón, La Merced, San Luis de Shuaro, Perene y Victoc.

A pesar de que el Ministerio de Salud, a través de las Redes de Salud, ha puesto en práctica programas aplicados a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA, aún no se cuenta con indicadores de factores sociales y culturales que influyen en la transmisión del VIH/SIDA, por lo que es necesario identificarlos y plantear soluciones que permitan establecer un equilibrio entre el sector de la salud y la población.

Al investigar en la Región Junín, sobre estudios realizados sobre dicho problema, se observa que no cuentan con estudios registrados acerca de los factores asociados con dicha problemática a nivel de Selva Central, en un área geográfica específica del país, lo cual nos hace ver la importancia de realizar dicho estudio.

## **1.2. REFERENTES CONCEPTUALES SOBRE EL VIH**

### **1.2.1. DEFINICIÓN DEL VIH**

Para comprender mejor el VIH respecto a la atención médica o clínica, veamos su definición. VIH es la sigla correspondiente a “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. El significado de inmunodeficiencia es un déficit del sistema inmunitario, por lo tanto, se puede perder la función de producir una respuesta inmunitaria adecuada. La carencia o pérdida de la producción de capacidad adquirida o innata de un organismo respecto al sistema inmunitario provoca que no pueda luchar contra los agentes exteriores del cuerpo. La función del sistema inmunitario puede ser alternada o anulada por el virus de las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan a la inmunodeficiencia grave se denominan «oportunistas» porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario (OMS, 2017).

En el caso de VIH, se trata de un lentivirus cuyo significado de “lento” viene de una etimología latina y los conceptos de él se caracterizan por lo siguiente: Los lentivirus persisten durante toda la vida e infectan a las células del sistema inmune que no se dividen. El retrovirus también puede pertenecer a un subgrupo de los retrovirus. Los lentivirus se replican, interaccionan y son seleccionados por la respuesta inmunitaria del huésped (Dull, 1998).

Por lo tanto, el virus afecta la función de los linfocitos T CD4 que tiene a su cargo mantener el sistema inmunitario, y luego se pierde la función de dicho encargo. Aunque sea infectado por el VIH, típicamente tarda muchos años en disminuir el número de células T CD4. En una minoría de casos, la infección no va más allá de esta fase y se puede mantener un estado estable, a estas personas se las conoce como supervivientes a largo plazo, o no progresivos a largo plazo.

Dentro de los 5 retrovirus humanos identificados, existen dos retrovirus humanos conocidos como VIH-1 y VIH-2, y se reconocen como infecciones emergentes. En el caso del VIH-1, está distribuido por todo el mundo, mientras que el caso de VIH-2 está

distribuido por algunos lugares del África Occidental, es decir, que la epidemia del VIH-2 no tiene carácter de pandemia. En cambio, la epidemia del VIH-1 se transmite eficientemente en todo el mundo.

Estos retrovirus tienen un modo inverso de replicar el ácido nucleico. Los retrovirus son virus con un genoma constituido por ARN, pero se replican por medio de un ADN intermediario usando la enzima transcriptasa inversa (Cordeiro, 2008). Es decir, que cuando VIH-1 penetra en la superficie de las células T CD4 y luego a través de ADN producido, se produce el ciclo de replicación de los retrovirus en el cuerpo.

### **1.2.2. FASES DE LA INFECCIÓN**

La enfermedad del VIH tiene una evolución bien documentada. Es evidente que hay tres fases de infección por el VIH: Infección aguda por el VIH, infección crónica por el VIH y últimamente el SIDA. Al final se puede llegar a la última etapa que afecta gravemente al sistema inmunitario y luego prácticamente puede ser mortal, lo que causa el SIDA. Hoy día existe tratamiento para retrasar la muerte y las maneras de prevención de llegar al nivel grave. Sin embargo, si se tiene el VIH, es inevitable pensar que se puede estar en alguna de estas fases.

#### **Fase 1: Infección aguda por el VIH**

Después de la infección por el VIH, la etapa más temprana está entre la segunda y la cuarta semana. En este periodo los síntomas son similares a los de la influenza o gripe. Esto se llama síndrome retroviral agudo o infección primaria por el VIH. Casi cerca del 70% de las personas llega al este primer momento y no todas las personas presentan dichos síntomas. Para saber si una persona tiene una infección aguda por el VIH, se debe hacer una prueba de detección del VIH. Cuando una persona está en esta etapa, se puede decir que tiene una gran cantidad de virus en la sangre y es muy contagiosa.

En este momento, el sistema inmune afronta la infección del virus mediante las células T y los anticuerpos producidos también resisten los virus para reducir los niveles de virus. Sin embargo, se producen grandes cantidades del VIH en el organismo y luego

parasitan células importantes del sistema inmunitario llamadas CD4 para hacer copias de sí mismo y destruir estas células durante el proceso (*MedLink Corporation*, 2001).

### **Fase 2: Infección crónica por el VIH**

A esta etapa también se la llama de infección asintomática por el VIH o latencia clínica. Durante esa fase, el VIH sigue activo, no obstante, lo cual no significa que no se hayan reproducido los virus. Se reproducen a niveles muy bajos, y en ese momento, no existe síntomas mientras tanto hay replicación viral permanentemente.

Existen variaciones en el periodo de infección sin clínica de enfermedad, es decir, que varios factores pueden influir en la progresión hacia la enfermedad. Por ejemplo, edad, diferencias genéticas entre las personas, la virulencia de las diferentes cepas y la interacción con otros microorganismos (Cordeiro, 2008).

En las personas que no están tomando ningún medicamento para tratar el VIH, esta fase podría durar 10 años o más. Sin embargo, no todas las personas tienen el mismo periodo de latencia. Cuando una persona toma medicamentos para tratar el VIH (TARV, Tratamiento Antirretroviral) de una manera correcta, pueden estar

en esta fase por varias décadas. No obstante, sin ningún tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más.

En ese periodo todavía se puede transmitir el VIH, aunque tome medicamentos o tenga un nivel de virus muy bajo en la sangre. Al final de esta etapa, la carga viral comienza a aumentar y el recuento de células CD4 comienza a bajar (CDC, 2018). Por lo tanto, se puede pasar a la última etapa 3.

### **Fase 3: SIDA**

El SIDA es la sigla correspondiente a “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”. Es la última etapa y más grave que las otras infecciones por el VIH. El sistema inmunitario ya se ha dañado y destruido. Por lo tanto, el cuerpo no puede dar



respuesta a las infecciones oportunistas, es decir el significado de que la infección ocurre con más frecuencia o que es más grave en las personas con inmunodeficiencia.

En esta fase, sin tratamiento de medicamentos, las personas que tiene el SIDA típicamente pueden sobrevivir alrededor de 3 años (CDC, 2018), puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario. Los principales síntomas son: Escalofríos, fiebre, sudoración, inflamación de los ganglios linfáticos, debilidad y pérdida de peso. El SIDA se diagnostica cuando el recuento de células CD4 cae por debajo de 200 células/mm<sup>3</sup> o si la persona presenta ciertas enfermedades oportunistas (CDC, 2018). Una vez que alguien tiene una enfermedad oportunista peligrosa, la esperanza de vida sin tratamiento disminuye a alrededor de 1 año. Al final, cuando no se es tratado, se puede llegar hasta la muerte.

### **1.2.3. TRATAMIENTO**

Los tratamientos intensamente han desarrollado un enorme esfuerzo en el sector de la salud pública. En el caso del SIDA, fue denominado así por primera vez en 1982 a través del CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades). Antes de denominarse SIDA éste fue conocido como una enfermedad completamente misteriosa o un virus proveniente de Haití. Un médico del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos fue ampliamente citado con lo siguiente que “sospechamos que se trata de un virus haitiano epidémico que se devolvió a la población homosexual en los Estados Unidos” (Farmer, 2006). Luego el año siguiente se descubre el virus que causa el SIDA.

Después de estos primeros años de epidemia del VIH y SIDA, al final el tratamiento con el medicamento llamado AZT (Zidovudina, Retrovir) se aprobó rápidamente como un asunto urgente por el SIDA y la Administración de Alimentos y Medicamentos en 1987. Este fue el primer tratamiento antirretroviral que recibió aprobación. Sin embargo, debido a la toxicidad de la anemia, al efecto secundario y al precio elevado, hubo muchos problemas, no podía ser extendido y tener acceso al AZT. A pesar de algunos negativos efectos del medicamento AZT, esta era la única manera y se reconoció como fármacos efectivos en aquel momento.

Desde entonces, se empezó acercando a la profilaxis para prevenir infecciones oportunistas en personas que tienen recuentos bajos de CD4. Luego se han desarrollado más medicamentos para el tratamiento de infecciones graves asociadas al SIDA. Por ejemplo, didanosina (*ddI*), zalcitabina (*ddC*) y estavudina (*d4T*) fueron nuevos antirretrovirales como otras alternativas, que también ayudaron a muchas personas seropositivas del VIH.

Sin embargo, es evidente que los tratamientos fueron complicaciones graves ya que las personas seropositivas tienen diversas infecciones oportunistas en personas inmunodeprimidas, por lo tanto, el resultado fue muy complejo.

Con el tiempo, otros nuevos antibióticos recibieron la aprobación y siguen controlando el VIH para detener la progresión de él. A día de hoy, 25 variedades de medicamentos han recibido la aprobación como tratamiento antirretroviral.

En el caso de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA, 1995) ha sido introducido e implementado como una manera muy eficiente en el mundo, y también en el Perú, puesto que permite una disminución en el daño de VIH y ayuda a prevenir la transmisión del virus a otras personas. Asimismo, se reconoce que es efectivo para prevenir la infección de la madre al bebé. Zidovudina, Lamivudina y Nevirapina son los medicamentos antirretrovirales de TARGA y ayudan a aumentar los linfocitos CD4. Por otro lado, este tratamiento se ofrece totalmente gratuito en los centros de salud pública.

Gracias a la aparición de tratamientos antirretrovirales por el VIH/SIDA, se han mejorado las tasas de mortalidad y de morbilidad de las personas que tienen el VIH y SIDA, aunque no se puede erradicar la infección por el VIH. A pesar de hacer esfuerzos extraordinarios las compañías farmacéuticas para desarrollar mejores medicamentos, sin tomar a diario en el régimen de tratamiento de la infección por el VIH, no se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH. Los medicamentos no son sinónimo de curación al 100%, sin embargo, las personas seropositivas pueden tener una vida más larga y sana.

Hoy en día las personas seropositivas pueden vivir más de 20 años gracias a el TARV (Tratamiento Antirretroviral) y para cumplir paso a paso el mejoramiento de la

patología, se debería profundizar la medicación. Primero, se debe generalizar la prueba de anticuerpos contra el VIH para diagnosticar su estado de salud y recibir el tratamiento adecuado a tiempo. Por ejemplo, las poblaciones clave de mayor riesgo del VIH suelen evitar realizar las pruebas del VIH y por esa razón sucede que están aumentando los nuevos casos de infección por el VIH.

Por lo tanto, sin prueba no se puede conocer si se tiene VIH o no. Desde ahí, cuando no se conoce, se puede desarrollar como una enfermedad mortal desde la enfermedad crónica. Es evidente que se convierte en enfermedad mortal por no contar con diagnóstico, llegando al hospital demasiado tarde y luego con un tratamiento irregular. Es decir, que el tratamiento siempre conlleva los comportamientos responsables y el hábito regular para tratar eficientemente. Por ejemplo, hay que equilibrar el consumo de medicamentos y el complemento de alimentación básica sin depender del TARV. En el caso de la provincia de Chanchamayo, afortunadamente no existe la hambruna entre las poblaciones. Sin embargo, en el caso de los países que luchan contra el hambre y la pobreza, suele no ser suficientes solo los medicamentos, aunque las personas se estén recuperando.

Puesto que cuando las personas seropositivas tienen mayores deficiencias nutricionales, TARV puede causar un efecto secundario más perturbador. TARV ayuda a recuperar el sistema inmune y a controlar la reducción de la carga viral, por lo tanto, las personas sienten un buen apetito. Sin embargo, cuando las personas seropositivas tienen el estado alimenticio bajo, no hay una buena función del TARV y puede ser paradójico (Kalofonos, 2010). Por lo tanto, antes de recibir el TARV, es importante considerar varios factores que pueden influir en el consumo de medicamentos para prevenir tales efectos secundarios.

## **1.2.4. BREVE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO**

### **1.2.4.1. VIH/SIDA EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA**

#### **Nivel mundial:**

En el sector de la salud pública, poner fin a la epidemia del VIH y del SIDA es una gran tarea para erradicar los casos de muerte en el mundo. Después de la aparición del VIH, suele haber los conflictos de aplicar los medicamentos y dificultades para convencer a las personas sobre el tratamiento del VIH y el SIDA. A favor de los esfuerzos para intensificar rápidamente la respuesta frente al VIH, 20.9 millones de personas con VIH han recibido tratamiento antirretroviral a junio de 2017 (ONUSIDA, 2018).

A fines de 2016, de los 36.700.000 de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, 17.000.000 no conocían su estado serológico, y 22.000.000 de personas no tenían acceso a los tratamientos antirretrovirales (OMS, 2016). Especialmente, la cifra estimada de muertes por el VIH ha tenido un gran cambio:

“Las muertes por causas relacionadas con el VIH disminuyen: cifra estimada de 1,1 millones (intervalo de 940.000 a 1.300.000) en 2015, lo cual representa un 43 % menos que en 2003, cuando se fijaron por vez primera las metas terapéuticas, en gran medida gracias a un mayor acceso al tratamiento antirretrovírico” (OMS, 2016).

Asimismo, El número anual de nuevas infecciones por el VIH se ha reducido de 3,1 millones a 1,8 millones desde 2000 hasta 2016, durante 17 años.

La comunidad internacional, en particular ONUSIDA, tiene su meta para cumplir la estrategia con un plan quinquenal contra el VIH y ahora estamos en el de 2016-2021 para la salud pública a 2030. A lo largo del procedimiento de estrategia mundial, cada país ha presentado sus avances de mejora de la incidencia de la infección por el VIH, es decir que la mayoría de los países ha logrado la misión mundial contra el VIH.

No obstante, algunos países y regiones están aumentando la incidencia total del VIH, especialmente por los niños, los adolescentes, las mujeres jóvenes y las poblaciones clave de mayor riesgo, por lo tanto, en la dimensión mundial no ha llegado al logro

suficientemente. Asimismo, el acceso al tratamiento y la prueba de anticuerpos contra el VIH todavía quedan como obstáculos difíciles para alcanzar a muchos grupos de población más expuestos al riesgo de contraer VIH.

Por otro lado, en todos los países existen diferentes formas de violaciones de los derechos humanos tales como la estigmatización, la discriminación, el prejuicio, los estereotipos, la violencia de género. Estos factores impiden luchar contra el VIH.

Recientemente, se requiere de cada enfoque específico para disminuir la cifra de incidencia del VIH, el cual depende de los países y de varios criterios, por ejemplo, los niveles de ingreso, los porcentajes de las poblaciones vulnerables, los ámbitos del sector salud pública y los aspectos sociales y culturales etc.

Especialmente, se estima que el 70% de las personas seropositivas por el VIH en todo el mundo viven en países de ingresos medianos (OMS, 2016). Estos países tienen obstáculos en el mantenimiento del sistema en la Salud pública y la ampliación o extensión del sistema imparcial en las regiones. Al mismo tiempo, los países de bajos ingresos también tienen dificultades de tratamientos antirretrovirales por la falta de servicios esenciales e insuficiente financiación.

A el nivel mundial, se ha destacado la cifra de epidemia del VIH visiblemente y al parecer se está alcanzado el fin de la misión de la estrategia mundial de ONUSIDA. Sin embargo, hoy día el mundo ha afrontado otros desafíos más complejos por los factores insospechados o previstos tales como los conflictos entre los países y entre las regiones, los desastres naturales, las crisis económicas y el cambio climático (OMS, 2016).

Por otro lado, cada continente presenta el impacto de la epidemia del VIH a través de las diversas poblaciones, por ejemplo, se distribuye el grupo de trabajo sexual en Asia el Pacífico, de hombres gay y HSH en América Latina, el caribe, Europa Occidental y América del Norte, de las mujeres jóvenes y adolescentes en África, de personas que se inyectan drogas en Europa Oriental y Asia central.

En definitiva, se requiere de focalización adecuada para distribuir los servicios básicos a todos y sostenible asistencia a los países de medianos y bajos ingresos a través de las estrategias específicas en el futuro.

### **Nivel de América Latina**

Los países de América Latina también establecen una nueva meta regional para alcanzar la estrategia mundial en 2020. Ahora el gran objetivo es reducir las nuevas infecciones y la discriminación por VIH. De acuerdo con el dato del 2016, 1.800.000 de personas en total 625 millones vivían con el VIH en América Latina y entre ellos, los adultos de 15 años son 47%.

El porcentaje de personas que viven con el VIH con el tratamiento antirretroviral presenta un aumento radical a partir del 2000, y en 2016, el 58% de PVVS ha recibido el tratamiento antirretroviral en América Latina. Esta cifra de la cobertura de la terapia antirretroviral es más alta por regiones en el mundo. En el caso de los niños de PVVS, casi el 54% de ellos están recibiendo TARV. Asimismo, el número de muertes relacionadas con el SIDA ha disminuido de 60.000 personas hasta casi 40.000 personas a partir de 2000 hasta 2014.

En estas regiones existe un gran conflicto de violencia física, violencia sexual, violencia familiar. Especialmente, entre 26-53% de las mujeres alguna vez casadas de entre 15-49 años se conoce que habían sufrido violencia física o sexual por su pareja en el último año (ONUSIDA, 2016). Asimismo, existe la falta de conciencia de la diversidad sexual, por lo tanto, los grupos de hombres gays, HSH y mujeres transgénero están sufriendo debido a estereotipos de las personas.

Actualmente, las infecciones nuevas no están disminuyendo con tanta rapidez por causa de grupos específicos. Son las personas con un estado urgente debido a la infección del VIH, que necesitan hacer la prueba de anticuerpos contra el VIH o recibir los tratamientos antirretrovirales. Por lo tanto, es necesario extender los servicios de atención para ellos en varias regiones y un cambio de conciencia con respecto a las personas que tienen el VIH.

Todas las ciudades de América Latina, especialmente Sao Paulo y Rio de Janeiro en el Brasil ocupan gran porcentaje (como el 30%) sobre el número de personas que viven con el VIH en América Latina. Los grupos de edad de entre 15 y 24 años tienen un alto riesgo de infectarse por el VIH durante relaciones sexuales sin preservativos ya que no conocen los modos de prevención correctamente. Por esa razón, las nuevas infecciones por VIH en los países de América Latina no han bajado mucho, sino solamente un 3%.

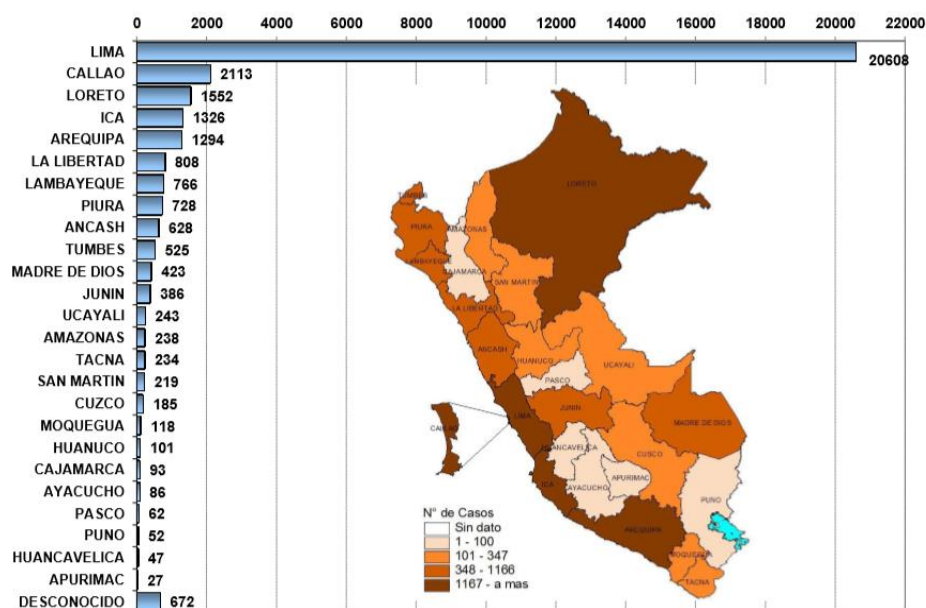
#### **1.2.4.2. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ**

La epidemia del VIH/SIDA en el Perú se presenta de manera similar a otros países de Latino América. Sin embargo, debido a diferencias culturales, sociales, niveles de desarrollo y modo político, se observa una situación propia del Perú.

En el 2016, se encontraron aproximadamente 2,700 (1,600-4,300) personas con nuevas infecciones por el VIH y 2,000 personas fallecieron a causa del SIDA. Hasta el 2016, 70,000 personas conviven con el VIH, de las cuales el 60% tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral. En caso de las mujeres embarazadas que viven con el VIH, el 85 % de ellas tenían acceso a un tratamiento o profilaxis para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos. En el mismo año, se estima que menos de 100 niños fueron infectados por el VIH debido a la transmisión de madre a hijo. De la misma forma, de aquellas personas que viven con el VIH, cerca del 35% había suprimido las cargas virales.

En el Perú, las poblaciones clave más afectadas por el VIH son: Hombres homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres (prevalencia del VIH del 15.2%), personas transgénero (13.8%), trabajadoras sexuales (1.3%) y reclusos (0.8%). A parte de las poblaciones clave, la población heterosexual también está acrecentando su cifra en infección por VIH a través del contacto sexual. Históricamente, el mayor número de casos de SIDA registrados en el sistema nacional de salud entre 1983 y 2015 reportan un 70% en Lima y Callao (MINSa, 2015) tal como se muestra en el cuadro:

**Grafico 1. Casos del SIDA acumulados: 1983-2015**



Fuente: NOTI-VIH.RENACE. Grupo Temático TB, VIH-SIDA. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud.

El Perú presenta un 62% de las muertes referidas por SIDA, el cual se ha reducido en los países de América Latina entre el 2000 y 2016. Sin embargo, actualmente desde el 2010, nuevas infecciones por el VIH se han extendido en un 24% y las muertes relacionadas con el SIDA también han aumentado en un 14%. La principal vía de transmisión es sexual y ocupa un 97% de total, madre a hijo es un 2% y parenteral es del 1%.

El gobierno peruano maneja un plan llamado “Plan Estratégico Multisectorial ITS, VIH/SIDA” en el periodo 2015 y 2019. El gobierno ha implementado esta medida y plan para cumplir con los objetivos de prevención del VIH/SIDA a nivel mundial. Sin embargo, el plan nacional todavía no se ha concebido en cada región de este país. Su estrategia requiere el desarrollo íntegro del trabajo multisectorial para mejorar e incrementar el acceso de la población clave y vulnerable a los servicios de salud diferenciados (MINSa, 2015).



Para cumplir en promover el desarrollo de nuevos servicios de atención, aún está en proceso de metas al 2020 ya que: más del 90% de las personas que viven con el VIH sabrán su diagnóstico y recibirán tratamiento antirretroviral, y cumplirán la supresión virológica. El Perú alcanzó su misión de cobertura en tratamiento antirretroviral desde el 2011 al 2017 con buenos resultados.

Por el contrario, la supresión virológica necesita más cooperación de trabajo. Lograr la supresión virológica significa que la cantidad del VIH en la sangre es muy baja. El mantenimiento del tratamiento antirretroviral imposibilita el SIDA y la transmisión del VIH a otras personas.

Por lo general, para el cumplimiento de la supresión virológica se deben tomar los medicamentos a diario, a lo que muchas personas que tienen el VIH no llegan al eficiente cumplimiento. En el 2016, sólo un 35% de las personas que viven con el VIH están siguiendo la supresión virológica, teniendo en cuenta que la meta al 2020 es hasta 90%, y así reducir la incidencia.

El gobierno tiene la gran misión de mejorar un acercamiento con el tratamiento y también reducir las barreras sociales para el ejercicio de los derechos de las personas que viven con el VIH, poblaciones en riesgo y las que en su mayoría son más vulnerables, debido a que la falta de consideración conlleva a que muchos suelen dejar el tratamiento antirretroviral.

Por otro lado, se requiere la implementación una estrategia de difusión de información dirigida a la población clave, vulnerables y población en general para prevenir el VIH y el SIDA, focalizando en la educación sexual integral para todas las poblaciones.

En su mayoría esta focalización está enfatizado en la capital de este país (Lima) o lugares que tienen una cifra alta de infección por VIH. Con esta razón, el gobierno del Perú ha descentralizado el servicio con tratamiento antirretroviral. Hasta la actualidad, a pesar del aumento de demanda concentrada de PVVS con TARV, la insatisfacción por parte del usuario con respecto a la atención es de notar. Además, existe un acceso limitado

para participar del TARV, dando como resultado el abandono del tratamiento, a pesar de que el Ministerio de Salud cuenta con un plan que ofrece el servicio del TARV dirigida a toda la población.

Por otro lado, el gobierno peruano está constituyendo una comunicación eficaz en los diferentes niveles de gobierno frente al VIH, teniendo en cuenta la diversidad cultural, diversidad sexual e identidad de género (MINSa, 2015).

#### **1.2.4.3. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN LA PROVINCIA DE CHANCHAMAYO**

Según el plan regional concertado de salud de la región Junín, éste sigue parámetros nacionales y focaliza la descentralización de los servicios de salud en las regiones del país. Políticamente la región de Junín está conformada por 9 provincias y la provincia de Chanchamayo es una de ellas. La red de salud Chanchamayo tiene a cargo la responsabilidad en el ámbito de la Salud Pública en la provincia de Chanchamayo y su sistema está articulado con el hospital de la Merced - Chanchamayo, los centros de salud y los puestos de salud.

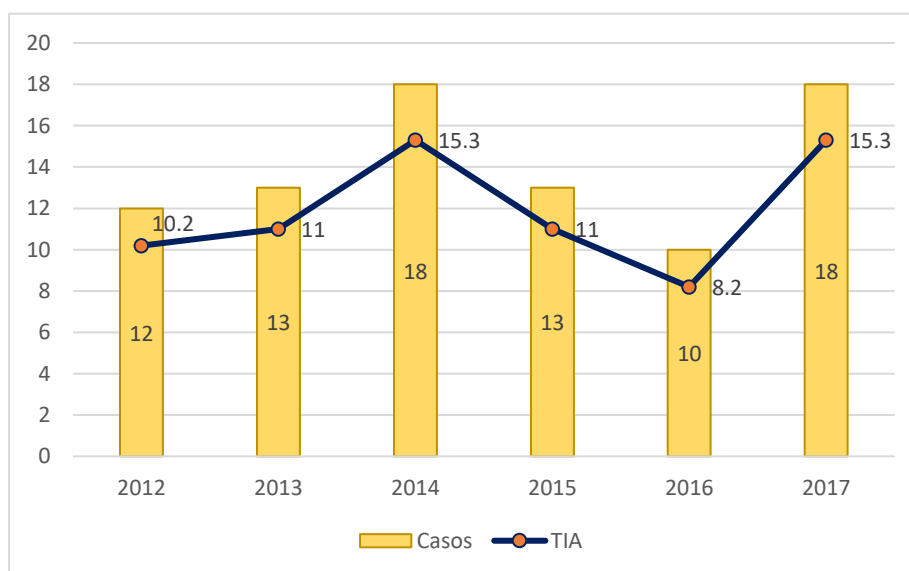
Actualmente, la densidad poblacional ha crecido en la provincia de Chanchamayo. Esta requiere servicios más extendidos para más pacientes ya que Chanchamayo no cuenta con presupuesto suficiente, ni la cantidad óptima de personal que favorezca una buena calidad del servicio. Aunque aún se perciba la carencia de servicios básicos y los programas de prevención del VIH/SIDA.

En otro punto, en la provincia de Chanchamayo, predomina el registro de personas sin su Documento de Identidad Nacional, las cuales escasamente visitan los centros de salud para diagnosticar su estado de salud. Las entidades públicas, así como la Municipalidad Provincial de Chanchamayo realizan la promoción y formulación de planes regionales y locales para la lucha contra el VIH/SIDA en el marco nacional.

Sin embargo, los derechos a la salud de la población no están mejorando considerablemente. Por otro lado, la Unidad de Gestión Educativo Local de Chanchamayo no ha sido capaz de obtener un mejoramiento en la educación sexual.

Según el dato de la Red de Salud Chanchamayo, los casos de incidencia del VIH se presentan constantemente cada año y en el 2017, se detectaron 18 casos según el siguiente cuadro:

**Grafico 2. Número de casos/tasa de incidencia del VIH x 100,000 (2012-2017)**



Fuente: Unidad de Epidemiología, Red de Salud Chanchamayo

#### **1.2.4.4. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN**

Comparado con el distrito de Perene, el distrito de San Ramón tiene menos casos de infección por el VIH. Sin embargo, hay que mencionar esa zona porque cada año el caso de incidencia del VIH aumenta. Aquí está la evidencia:

**Tabla 1. Número de casos/ tasa de incidencia VIH x 100,000 (2012-2017)**

| DISTRITO           | 2012  |       | 2013  |       | 2014  |       | 2015  |       | 2016  |       | 2017  |       |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                    | CASOS | TI    | CASOS | TI    | CASOS | TI    | CASOS | TI    | CASOS | TI    | CASOS | TI    |
| RED                | 12    | 10.20 | 13    | 11.00 | 18    | 15.30 | 13    | 11.00 | 10    | 8.20  | 18    | 15.30 |
| CHANCHAMAYO        | 6     | 24.30 | 3     | 12.30 | 6     | 25.05 | 6     | 25.50 | 6     | 25.30 | 3     | 8.90  |
| PERENÉ             | 4     | 7.30  | 9     | 16.00 | 8     | 14.30 | 4     | 6.96  | 3     | 5.00  | 6     | 14.50 |
| SAN LUIS DE SHUARO | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  | 1     | 15.20 |
| SAN RAMÓN          | 2     | 7.30  | 1     | 3.70  | 4     | 14.80 | 3     | 11.10 | 1     | 3.70  | 8     | 28.90 |
| VITOC              | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  | 0     | 9.00  | 0     | 0.00  | 0     | 0.00  |

Fuente: Unidad de Epidemiología, Red de Salud Chanchamayo, 2018

En el 2017, hubo 8 casos del VIH en el distrito de San Ramón y ese indicador fue el más alto comparado con los otros distritos en la provincia de Chanchamayo. En el caso de incidencia del SIDA, 3 personas que viven con el VIH han llegado hasta la fase del SIDA en el 2017.

Al igual que los demás distritos, el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes es bajo y se puede ver la carencia de información de prevención del VIH/SIDA. Por ejemplo, la mayoría de las personas que viven en ese distrito, no tienen percepción de riesgo. No ha llegado una situación urgente del VIH/SIDA, sin embargo, geográficamente se ubica entre el distrito de La Merced y el Perene, por lo tanto, existe probabilidad de aumentar nuevas infecciones por el VIH.

### 1.3. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

Los factores responsables de las enfermedades infecciosas emergentes incluyen cambios ecológicos, anomalías climáticas, cambios demográficos y del comportamiento humano, el desarrollo humano y la adaptación y cambio de los microbios (Farmer, 2001a). En particular, el VIH/SIDA tiene relación con el comportamiento humano y también aparece geográficamente en un ámbito de mayor vulnerabilidad, por ejemplo, cuando se

sitúa aislado del sistema de bienestar en la salud pública, se puede decir que hay una falta de conocimiento y educación en prevención del VIH/SIDA de la población.

A pesar de que existen varios estudios concernientes a mi propuesta de tesis, en el marco internacional y nacional, tomo en cuenta aquellos estudios que tienen una mirada antropológica especializada en el VIH/SIDA, con el fin de presentar un trabajo no solo para las personas que tienen el VIH/SIDA, sino para la población en general. He procurado no limitarme a los aspectos biológicos, ya que también he considerado el acercamiento humanitario, la fidelidad con respecto a la investigación, la actitud de prudencia en el VIH/SIDA, los métodos ideales para aplicar en la comunidad y las mejores direcciones en su aplicación.

El estudio trata el análisis de las influencias en la transmisión del VIH/SIDA a través de los factores sociales y culturales, parte y del concepto psicosocial para conocer y profundizar en los factores culturales propiciados por el comportamiento sexual y la percepción del VIH/SIDA en el distrito de San Ramón. Según la investigación de la UNESCO/ONUSIDA sobre estigma y discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico, menciona lo siguiente:

“El miedo a la discriminación y el estigma hace que las personas eviten las pruebas de detección sistemática e induce a las que están infectadas o afectadas por el VIH/SIDA a permanecer silentes y privarse de un tratamiento esencial y de atención y apoyo sociales.”

Entonces se puede cuestionar si existe o no estigma y discriminación del VIH/SIDA en el distrito de San Ramón. Considero que los habitantes de la región se caracterizan por ser alegres y optimistas; sin embargo, dentro de las interacciones de la comunidad, la enfermedad es vista como un fenómeno social. Es decir, una serie de representaciones que cada cultura asocia a la enfermedad y sus víctimas, junto con todas las actitudes concomitantes (DESCLAUX, 2003).

Desde luego que en muchos lugares existe una marginación hacia el grupo que tiene el VIH/SIDA; sin embargo, esta puede tener distintos niveles, dependiendo de la actitud de la persona, su comportamiento y su conciencia. Teniendo en cuenta que el

VIH/SIDA se asocia al comportamiento farragoso sexual, es inevitable que la sociedad le dé una connotación algo negativa, por lo que el enfermo queda completamente aislado y es objeto de prejuicio sin conocer bien las causas de la misma.

A pesar de que el VIH/SIDA también es considerado como una enfermedad en expansión, a razón de ese incomodo concepto del VIH/SIDA, no se puede categorizar en términos generales como otra enfermedad más. En el sector de la salud pública peruana, los casos de la epidemiología del VIH/SIDA están aumentando, sin embargo, todavía no se tiene suficiente información oficial con respecto a los factores culturales que influyen en la propagación. Por lo tanto, los factores culturales contienen los hechos escondidos o inexplicados, es decir, existen muchos elementos por explorar e investigar con respecto a la vinculación entre la enfermedad y las causas que provoca la enfermedad.

Según explica la escritora estadounidense Susan Sontag sobre el cáncer y el SIDA, justamente como antaño ocurría con la tuberculosis, se consideran enfermedades misteriosas. En torno a ellas, los prejuicios, las fobias y los miedos han tejido una red de complicadas metáforas que dificultan su comprensión y, a veces, su cura (Sontag, 2012).

A lo largo del curso de la historia, han existido enfermedades peligrosas, y hoy en día, el SIDA es un ejemplo representativo, que obliga a pensar que la sexualidad puede tener las más horrendas consecuencias, como el suicidio o el homicidio (Sontag, 2012).

Entre los habitantes del Distrito de San Ramón, hay cierto grado de temor hacia las enfermedades de transmisión sexual y a las vinculadas a la muerte; pero, irónicamente, no sienten preocupación por el SIDA, a diferencia de otros lugares en Perú, por lo que es importante introducir prácticas de prevención e incrementar el conocimiento comunal en temas de educación sexual. Actualmente, Perú y América Latina están proyectadas a afrontar el crecimiento del SIDA. Por lo tanto, se deberían conocer los factores sociales y culturales que influyen en el SIDA para prevenirlo de forma rápida y efectiva.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas que padecen la enfermedad también viven en condiciones de pobreza. El peso del sufrimiento, por lo general vivido por las personas “sin voz”, es difícil de detectar (Castro y Farmer, 2003). El sufrimiento

causado por la enfermedad y la pobreza puede ser considerado como una forma de violencia hacia las personas afectadas, por lo que me gustaría investigar, en una dimensión humanitaria, el estado de salud y enfermedad en el distrito de San Ramón en Perú. La dinámica y la distribución del sufrimiento todavía son grandes desconocidas (Castro y Farmer, 2003). Para bien comprenderlas, es necesario poder situar la existencia de quienes sufren en un contexto que asocie cultura, historia y economía política (Héritier, 1996; Farmer, 2003).

Según el informe de la OMS, más del 90% de las defunciones y de las infecciones nuevas ocurren en los países pobres, donde menos del 5% de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral pueden tener acceso a esta terapia. La provincia de Chanchamayo está ubicada en la selva alta geográficamente y se adquieren fácilmente estas enfermedades infecciosas, por lo tanto, existe vulnerabilidad al contagio del VIH/SIDA.

El conocimiento de los factores históricos, sociales y culturales ayuda a identificar la enfermedad. En general, los estudios dedicados a la epidemia del VIH/SIDA han contribuido a poner en alerta otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Las ITS constituyeron históricamente una de las áreas más abandonadas por la medicina y la salud pública en los países de medios y bajos ingresos (Gala, 2007). Las ITS son conocidas como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), y es muy común encontrar casos de dichas enfermedades en la provincia de Chanchamayo.

En la relación sexual entre un varón y una mujer, los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es 2 veces más probable que la transmisión de mujer a varón (Gala, 2007). Ya que los adolescentes están empezando a tener una vida sexual activa desde más temprano, las mujeres están mucho más expuestas que los hombres. Entre los adolescentes, también se acrecienta el contagio en el mayor porcentaje de ETS.

A pesar de que las personas dudan de la posibilidad de contagiarse del VIH/SIDA, hay dificultades en hacerse la prueba del VIH por el temor de dar este como resultado

positivo, y por ende, ser víctima del estigma en el futuro. Considerando que el Perú es aún un país machista, es muy difícil detectar el VIH en los varones, sumado a eso, la utilización de preservativos es baja. Por lo tanto, esta actitud es característica entre los varones que muestran vulnerabilidad a la hora cambiar sus comportamientos machistas.

Asimismo, es inevitable mencionar la desigualdad y el SIDA. El antropólogo estadounidense Paul Farmer trata la epidemiología crítica de las Enfermedades Infecciosas Emergentes y según su explicación, el desarrollo de una epidemiología crítica de las EIE apenas está en sus inicios (Farmer, 2001b). Luego se pregunta qué queda oculto en esta manera de conceptualizar la enfermedad. Se procede a partir de una cierta sensibilidad hacia los términos a los que estamos acostumbrados (Eckardt, 1994). Por lo tanto, a través de la investigación de los factores sociales y culturales, se puede llegar a conocer las costumbres que se han acumulado en la vida cotidiana.

Los jóvenes están creciendo en un ambiente de cambios dinámicos (Gómez, 2008). En el Perú hay casos considerables de relaciones sexuales entre menores de 14 años, acerca de falta de comunicación entre padres e hijos, y de tener dos o más parejas sexuales. El comportamiento sexual de los jóvenes con poca información o sin consultar a sus padres puede ocasionar un problema de acto sexual.

En la búsqueda de estudios en el Perú, en el artículo de un antropólogo Julio Portocarrero explicando la situación inesperada del VIH en gestantes indígenas y la aplicación del tratamiento del VIH/SIDA, precisando que el término indígena es una cuestión social y problemática tanto como la discriminación. Muchas mujeres indígenas en edad fértil o gestantes, viviendo con VIH, manejan poca información respecto a cómo desarrollar una maternidad segura (Mushi, 2007).

Considerando que dicha población indígena se sitúa en un ambiente vulnerable frente al VIH/SIDA, se debería poner énfasis en la prevención de ITS y VIH para un pueblo indígena en particular (Zavaleta, 2007). Para manejar una manera de prevención del VIH, en primer lugar hay que estudiar las prácticas culturales y las estructuras sociales de la comunidad elegida, para comprender las costumbres, conductas y hábitos de los



actores sociales (Zavaleta, 2007). Es decir, que es indispensable tener interés en su vida cotidiana en la comunidad investigada.

## **CAPÍTULO 2. OBJETIVOS Y CUESTIONES**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Mi objetivo de estudio está inmerso en la influencia sobre la transmisión del VIH/SIDA en el distrito de San Ramón de la provincia de Chanchamayo, específicamente en el ámbito social y cultural a través de una perspectiva antropológica médica.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Existencia de un aumento en la transmisión del VIH/SIDA vinculada a la falta de apoyo solidario y de compromiso en la implementación de las Políticas Públicas en Salud y su lenta ejecución en el tratamiento y aplicación de estas.
- ✓ Existencia de relaciones causales en los factores sociales y culturales sobre la alta incidencia del VIH/SIDA en el distrito de San Ramón en la provincia de Chanchamayo.
- ✓ Presencia de un vacío empírico y teórico que reflejen los factores sociales y culturales concomitantes a los factores recogidos por la transmisión del VIH/SIDA.
- ✓ Existencia de causas en el aumento de la transmisión del VIH/SIDA en el distrito San Ramón en la provincia de Chanchamayo enfocadas en marco de la estructura social.
- ✓ Existencia de relación entre los factores psicosociales y los resultados de la transmisión del VIH/SIDA, que no solo son halladas en las relaciones biomédicas.

### **2.3. CUESTIONES**

Cuestión 1: De qué manera influyen los factores sociales en la transmisión del VIH/SIDA en el Distrito de San Ramón, Chanchamayo de febrero a marzo del 2018, Perú?

Cuestión 2: De qué manera influyen los factores culturales en la transmisión del VIH/SIDA en el Distrito de San Ramón, Chanchamayo de febrero a marzo del 2018, Perú?

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

### **3.1. TRABAJO DE CAMPO REALIZADO EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN EN EL PERÚ**

#### **✓ PLANIFICACION**

El estudio se realizará con los habitantes que residen en el distrito de San Ramón, que cumplieran con los criterios de inclusión. Para ello se realizará el protocolo de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo.

#### **✓ EJECUCIÓN**

La ejecución se realizará con la población del distrito de San Ramón, se les pasará una cédula de encuesta y una guía de observación. En esta participarán todos aquellos que cumplen con los criterios de inclusión, explicándole en qué consiste el estudio y posteriormente se le proporcionará un consentimiento informado de aceptación para la participación en el estudio, luego se procederá a leer cada una de las preguntas de la guía de cuestionario elaborado. También se usará una guía de observación por cada individuo que será llenada por el encuestador.

### ✓ **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

La validez responde a la pregunta ¿con qué fidelidad corresponde el universo o población al atributo que se va a medir? La validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir (autenticidad). Hay que considerar que la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente, es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado Juicio de Expertos. Se recurre a ella para conocer la probabilidad de error probable en la configuración del instrumento.

Mediante el juicio de expertos se pretende tener estimaciones razonablemente buenas, las «mejores conjeturas». Sin embargo, estas estimaciones pueden y deben ser confirmadas o modificadas a lo largo del tiempo, según se vaya recopilando información durante el funcionamiento del sistema. Se pide individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento. Se seleccionan al menos tres expertos o jueces, para juzgar de manera independiente la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los ítems, es decir, si sugieren o no una respuesta.

### **3.2. TIPO DE ESTUDIO**

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio será prospectivo. Debido a que es un estudio en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente durante el periodo de febrero a marzo del 2018.

Según el periodo y secuencia del estudio es: Transversal. Debido a que el estudio se realizó en un tiempo de 2 meses, febrero a marzo del 2018 por medio de la entrevista dirigida a la población y la guía de observación. Es transversal porque solo se aplicará el instrumento una sola vez.

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio es: Descriptivo. Es un estudio descriptivo porque se utilizará como muestra la población del distrito de San Ramón que cumple criterios de inclusión. Es descriptivo porque la intención es describir la relación entre las variables.

### **3.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

#### **3.3.1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

- Observación en el campo de estudio.
- Mediante la técnica de la encuesta se tomará la información utilizando una cédula de entrevista que se le realizará a la población participante.
- Entrevista a los trabajadores de salud en el sector ESNITSS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA) del hospital local para priorizar y elegir los elementos de factores sociales y culturales
- Entrevista a los trabajadores de salud y los habitantes para organizar el cuestionario

#### **3.3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

Documentación bibliográfica, ya que se consultaron libros de epidemiología en relación con el tema y documentación de información electrónica.

Las encuestas, contaron con un total de 25 preguntas cerradas, en la cual se trató de indagar acerca de los factores sociales como también los factores culturales que se presentan en la incidencia del VIH/SIDA.

Los datos obtenidos se realizaron en 376 personas encuestadas ubicadas en el distrito de San Ramón, Chanchamayo.

### 3.3.2.1. CUESTIONARIO

Aquí esta sus variables de cada pregunta.

| VARIABLES          | DIMENSION                                  | INDICADORES  |
|--------------------|--|--|
| FACTORES SOCIALES  | Factor Demográfico                         | 1. Inmigración<br>2. Población Joven sexualmente activa<br>3. Prácticas que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a los hombres que tienen sexo con otros hombres |
|                    | Sistema en la Salud Publica                | 1. Plan y Presupuesto por el Estado Peruano<br>2. Falta de énfasis en factores sociales y culturales del VIH/SIDA<br>3. Educación a la población (autocuidado)       |
| FACTORES CUTURALES | Abuso Físico y Sexual y Violencia Familiar | 1. Abuso Físico y Sexual<br>2. Violencia Familiar  |
|                    | Comportamiento Sexual                      | 1. Promiscuidad y Parejas Múltiples<br>2. Cultura y sexualidad<br>3. Alcohol y la actividad sexual   |
|                    | Percepción, Mitos y Creencias              | 1. Percepción en el uso del preservativo<br>2. Percepción a la Invulnerabilidad<br>3. Percepción de VIH y SIDA<br>4. Roles de Género y Machismo                      |

### 3.4. CARACTERÍSTICAS Y DISEÑO DEL MUESTREO

A nivel provincial está constituida por: Población demográfica 204.035 habitantes (INEI 2015) y una Población de electores hábiles de 106.641 de los cuales 81.507

electores votaron (ONPE 2015). En la provincia de Chanchamayo participan 106.641 electores, de los cuales 55.493 (52,0%) son hombres y 51.148 (48,0%) son mujeres.

Se tomó en cuenta el número total de la población electoral a nivel distrital, por lo que se ha visto según la incidencia de transmisión del VIH/SIDA esta ha tenido mayor índice en el Distrito de San Ramón el último año, es decir 17, 909 electores hábiles (entre 18 y 70 años de edad).

| <b>TABLA 6. ESTRATOS POR GENERO EN LA POBLACION DE CHANCHAMAYO</b> |                  |                  |                         |
|--|------------------|------------------|-------------------------|
|  | <b>Estrato 1</b> | <b>Estrato 2</b> | <b>TOTAL DE MUESTRA</b> |
| Género   | Mujeres          | Varones          |                         |
| Población electoral (%)  | 48%              | 52%              |                         |
| Muestra Poblacional  | <b>180</b>       | <b>196</b>       |                         |

### 3.4.1. ESTRATEGIAS DE MUESTREO

Además de tener en cuenta el género, la muestra se estratifica según edades:

| <b>TABLA 7. ESTRATOS POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACION DE SAN RAMON - CHANCHAMAYO</b> |                  |                  |                  |                  |                  |                         |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|
|  | <b>Estrato 1</b> | <b>Estrato 2</b> | <b>Estrato 3</b> | <b>Estrato 4</b> | <b>Estrato 5</b> | <b>TOTAL DE MUESTRA</b> |
| Edad   | 20 - 29          | 30 - 39          | 40 - 49          | 50 - 59          | 60 - 69          |                         |
| Población por edad (%)   | 30%              | 25%              | 22%              | 14%              | 9%               |                         |
| Muestra Poblacional  | <b>113</b>       | <b>94</b>        | <b>83</b>        | <b>53</b>        | <b>33</b>        | <b>376</b>              |

El tipo del muestreo es probabilístico, aleatorio simple, ya que se tomaron datos de 376 ciudadanos del distrito de San Ramón. El método a seguir fue por encuesta y guía de observación.

### **3.4.2. TAMAÑO MUESTRAL**

La muestra tomada fue de 376 ciudadanos ubicados en el distrito de San Ramón, Chanchamayo. Asimismo, cabe señalar que en base al último padrón electoral en el distrito de Chanchamayo la muestra se distribuye según los estratos de género:

## **3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

### **3.5.1. ANÁLISIS CUALITATIVO**

Soy consciente de que la etnografía de los aspectos culturales de mi investigación requeriría más tiempo. He de confesar mis limitaciones las entrevistas debido a que el español no es mi lengua materna y que como mujer he encontrado dificultades en mi observación participante en una población predominante machista, como es la provincia de Chanchamayo.

Sin embargo, no creo que una mayor profundidad en la dimensión cualitativa de esta investigación, contradiga los resultados obtenidos a través de los cuestionarios, que, por ser anónimos, fueron respondidos adecuadamente.

### **3.5.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO**

Posterior a tener recolectada la información se procedió a darle respuesta a los resultados de la investigación con respecto a factores sociales y culturales asociados con la incidencia de VIH/SIDA en el distrito de San Ramón, febrero a marzo del 2018, realizando la tabulación en el programa SPSS V 19.0 (software procesador de datos estadísticos versión 19.0). De esta manera se elaboraron tablas y gráficos que permitieron el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje, lo cual permitirá la presentación de los datos de forma sistemática.

## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS**

### **4.1. RESULTADOS CUALITATIVOS**

La entrevista cualitativa se desarrolló de forma simultánea a la recogida de la información del hospital local, la municipalidad provincial y distrital, lo que permitió mejorar la entrevista. Asimismo, el hospital local me permitió la entrevista con los pacientes que tienen el VIH para conocer la situación real de la infección del VIH/SIDA.

En total se han realizado la entrevista con los trabajadores de salud en el sector de ITS del hospital de La Merced y el Centro de Salud de San Ramón, los servidores de la Red de Salud Chanchamayo y los antropólogos locales en la provincia de Chanchamayo.

El tiempo de cada entrevista con los trabajadores de salud fue de aproximadamente 1 hora y total fue 6 veces durante 2 meses a partir de febrero hasta marzo en el 2018.

A través de la entrevista con varios grupos, el análisis de los contenidos de factores sociales y culturales, considerando con la encuesta, permitió extraer información más clara. Especialmente resultado cualitativo ha sido focalizado a la entrevista con los



trabajadores de salud en el sector de ESNITSS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA). Aquí esta los contenidos analizado de la encuesta, como muestra.

### **1. Entrevista con la coordinadora de ESNITSS**

*La Red de Salud Chanchamayo tiene la estrategia de ITS que cuenta con dos programas, uno es el TARGA y el otro es el programa de transmisión tropical. El programa del TARGA está encargado del tratamiento antirretroviral para los pacientes que portan el VIH. El otro programa está enfocado en los manejos de las gestantes con el VIH, personas con sífilis y con hepatitis B, con enfermedades transmisión sexual. La medida preventiva aun no puede cumplir con la meta nacional y mundial ya que los servicios no son ampliados.*

*Hoy en día, la participación del TARGA de PVVS está aumentando en los últimos dos años. Especialmente en el 2017, ha aumentado radicalmente. Actualmente, en febrero del 2018 un total de 67 personas que viven con el VIH están recibiendo el TARGA y acuden puntual y eficazmente al hospital para su debida atención. Por otro lado, el número total de personas que viven con el VIH son alrededor de 256. Así que el resto de ellas está registrado como causas de abandono, fallecimiento o derivado a otro hospital mayor. En el caso de las personas fallecidas por SIDA, estas han afectado a sus parejas actuales o anteriores.*

*Con respecto al diagnóstico, por cada persona contagiada por VIH, ésta ha contagiado a diez personas, muchas de las cuales desconocen su condición de infectado y portador del VIH. Es por eso que el hospital de la Merced Chanchamayo también investiga y hace el seguimiento de los fallecidos por VIH.*

*Dentro del programa del TARGA, hay dos niños con VIH por infección vertical. En caso de sífilis, el año pasado se han detectado 14 gestantes con sífilis y un total de 28 casos de sífilis. A diferencia de la sífilis, esta tiene una manera distinta de tratamiento*

*comparada con el VIH/SIDA, sin embargo, se debería revisar su condición de salud relacionado con el VIH a largo plazo (2 años).*

*El año 2017 ha sido notable el aumento de cifras por infección de hepatitis B, especialmente en el distrito de Perene, que tiene más densidad poblacional que otros distritos en la provincia de Chanchamayo. En este ámbito 72 personas reactivas de hepatitis B y 43 gestantes, a diferencia del 2016, había alrededor de 40 personas tamizadas reactivas de hepatitis B en 2016 y 9 gestantes. Más del 90% es la transmisión vertical de hepatitis B, es decir, de madre a sus hijos, esa cifra es muy elevada.*

*Por lo tanto, el MINSA y la propia OPS monitorean al hospital de Chanchamayo para revisar tal situación emergente. Sin embargo, este incrementado resultado positivo de hepatitis B es producto de una incidencia de hace 10 años. Actualmente es un grave problema no conocer el dato exacto de personas con hepatitis B y VIH, quienes no se han hecho tamizaje. Recientemente en el año 2014, se estableció una norma técnica de hepatitis B implementado a nivel nacional. En el caso de la hepatitis B, después de establecer una norma técnica, el gobierno peruano hizo efectivo su presupuesto.*

*Según los Centros de Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), alrededor de 10% de las personas con el VIH en los Estados Unidos también tienen el virus de la hepatitis B (VHB). Asimismo, se recomienda que las personas con el VIH reciban la vacuna contra el VHB. Aunque a diferencia de Estados Unidos, el VHB se propaga principalmente por medio del contacto sexual, en el distrito de Perene es por infección vertical durante el parto. Sin embargo, es inevitable relacionar en un futuro la relación entre el VIH y el VHB.*

*Es lamentable que el hospital de la Merced Chanchamayo solo cuente con un consultorio y abarque distintas atenciones en Enfermedades de Transmisión Sexual (VIH/SIDA, sífilis, hepatitis B, tuberculosis entre otras). Por lo que no hay una separación selectiva. Asimismo, teniendo en cuenta que la tuberculosis es muy contagiosa, esta debería contar con otro consultorio, que este más aislado de los demás enfermos para así prevenir contagios futuros.*

*Actualmente, se requiere considerar dos lados uno por la prevención de la salud sexual y otro por los gestantes que tienen la infección vertical. Sin embargo, existe un desorden y una desorganización por parte administrativa.*

*El hospital de la Merced Chanchamayo diagnostica que hay dos grandes causas del aumento del VIH/SIDA, que primero es el inicio temprano de relación sexual por que los adolescentes no tienen orientación adecuada de la salud sexual, por lo tanto, no hacen prevención con preservativos. El segundo es la falta de información a todas las poblaciones incluso las personas que tienen educación alta ya que la mayoría no ha tenido educación sexual y no sabe el significado de la prevención, por lo tanto, no utiliza preservativos durante la relación sexual.*

Asimismo, se realizó la entrevista con los pacientes que visitaron al consultorio de ESNITSS para conocer la situación local relacionada con el VIH/SIDA, sífilis y las enfermedades de transmisión sexual. En total se han realizado 2 entrevistas, de las cuales 8 fueron pacientes del hospital de La Merced, y estuve total 5 horas en el hospital y 10 minutos de cada paciente.

## **2. Entrevista con los pacientes que visitaron al consultorio de ESNITSS**

|   | <b>EDAD</b> | <b>SEXO</b> | <b>SÍNTOMA</b>  |
|---|-------------|-------------|---|
| 1 | 34          | Femenino    | Consultar la prueba del VIH   |
| 2 | 42          | Masculino   | Hacer la prueba del VIH   |
| 3 | 33          | Femenino    | Tiene tuberculosis y el VIH positivo a través de su ex - pareja                       |
| 4 | 24          | Masculino   | Consultar la prueba del VIH y el hospital recomendó para hacer prueba del Hepatitis B |

|   |    |           |   |
|---|----|-----------|---|
| 5 | 36 | Femenino  | Tiene el VIH hace 6 años a través de su ex - pareja y está en el programa de TARGA. Está recuperando con el consumo de medicamentos |
| 6 | 37 | Femenino  | Consultar las enfermedades de transmisión sexual y ahora está embarazada  |
| 7 | 52 | Femenino  | Tiene la infección vaginal  |
| 8 | 47 | Masculino | Son pareja y visitaron para consultar la sífilis  |
|   | 43 | Femenino  |   |

#### **4.1.1. FACTORES SOCIALES**

El factor social se entiende como una serie de eventos según los cuales el individuo es afectado directa o indirectamente debido a cambios en la sociedad en la que se desenvuelve. La dinámica de la epidemia del VIH/SIDA en las distintas regiones del mundo ha estado influida por el contexto social y cultural, por el perfil epidemiológico y demográfico existente, por las características de los sistemas de salud y por muchas otras variables.

##### **4.1.1.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y EL VIH/SIDA**

###### **1) INMIGRACIÓN Y MOVILIDAD**

En primer lugar, no se trata de que la inmigración sea vista como algo negativo sino todo lo contrario, que es necesario para describir el aspecto de los comportamientos individuales y grupales que se originan de la inmigración y la movilidad. Asimismo, se debe tener en cuenta que la proporción de inmigrantes y visitantes no tienen ninguna relación con las personas infectadas por VIH, considerando la exclusión del estereotipo y el prejuicio.

Actualmente, hoy en día muchos países a menudo utilizan sus métodos sobre el tratamiento informativo de la inmigración e inducen a tener consciencia de ellos como personas portadoras de riesgo o enfermedad y así prevenir el problema legal de la inmigración a nivel nacional. Este proceso de propagación de dicha consciencia conlleva la percepción negativa de la inmigración en sí misma.

Sin embargo, el gobierno del Perú es un país que está inclinado al aspecto político por la que favorece a los inmigrantes de otros países u otros lugares. Por lo mencionado describo la población de la provincia de Chanchamayo, en la que se ve la tendencia de crecimiento sostenible de la población, aunque no sea una ciudad grande.

**Tabla 2. Chanchamayo: Población censada y estimada**

| DISTRITO              | 1993         |             | 2007         |             | 2013         |             | 2021*        |             |
|-----------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
|                       | NÚMERO       | %           | NÚMERO       | %           | NÚMERO       | %           | NÚMERO       | %           |
| Provincia CHANCHAMAYO | 114045       | 100         | 168949       | 100         | 206213       | 100         | 275290       | 100         |
| CHANCHAMAYO           | 26176        | 22.9        | 26310        | 15.6        | 26367        | 12.8        | 26444        | 9.6         |
| PERENÉ                | 29512        | 25.9        | 56292        | 33.3        | 74240        | 36.0        | 107372       | 39.0        |
| PICHANAQUI            | 25332        | 22.2        | 50529        | 29.9        | 67929        | 32.9        | 100788       | 36.6        |
| SAN LUIS DE SHUARO    | 5912         | 5.2         | 6977         | 4.1         | 7490         | 3.6         | 8233         | 3.0         |
| <b>SAN RAMÓN</b>      | <b>21968</b> | <b>19.3</b> | <b>26088</b> | <b>15.4</b> | <b>28082</b> | <b>13.6</b> | <b>30980</b> | <b>11.3</b> |
| VITOC                 | 5145         | 4.5         | 2753         | 1.6         | 2105         | 1.0         | 1473         | 0.5         |

\*/Poblaciones estimadas

Fuente: INEI del Perú – Censos Nacionales, 1993, 2007 y 2013

Históricamente la provincia de Chanchamayo es una provincia de migrantes y es decir que más son los que han llegado que los que han salido (Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013). Ésta lejos de la capital de Lima, aproximadamente 320 kilómetros, viajando entre 8-10 horas de transporte en carretera.

Históricamente, en 1594 se descubre la etnia Asháninka en esa provincia y luego se dio la civilización occidental a la Selva Central en el proceso de evangelización del padre Jerónimo Jiménez por Huancabamba al Cerro La Sal en 1635 (Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013).

En mayo de 1873, la Sociedad de Inmigración Europea dirige los inmigrantes europeos hacia el Perú. Al principio, 3000 inmigrantes de Europa llegaron al Perú en 1874-1875 y la mayor parte de ellos eran italianos. También había suizos, alemanes, españoles y franceses por encontrar trabajo en Perú y luego llegaron a terrenos de la selva central por buenos salarios más que las labores en las haciendas de la costa (Eduardo, 2008). Los primeros colonos alemanes también llegaron al Perú en 1853 e intentaron colonizar la selva (Orrego, 2000).

Por una falta de organización, se ha tomado un largo tiempo transitar por rutas hacia la selva. Luego en los periodos de la primera y segunda guerra mundial llegaron los alemanes activamente a Perú y también llegaron hasta a la selva. Después de tiempo, los colonos europeos contribuyeron al desarrollo de la industria en la provincia de Chanchamayo, aunque todavía existe la carencia de infraestructura básica como son: agua potable, saneamiento básico, electricidad, internet (Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013).

**Tabla 3. Chanchamayo: Migración 2007**

| DISTRITO           | POBLACIÓN MIGRANTE (por lugar de nacimiento)* | %           | POBLACIÓN MIGRANTE (por lugar de residencia 5 años antes)* | %           | Hogares con algún miembro en otro país | %           |
|--------------------|---|-------------|--|-------------|--|-------------|
| CHANCHAMAYO (P)    | 60659   | 31          | 18419  | 9.5         | 3207                                   | 7.4         |
| CHANCHAMAYO        | 9569  | 36.4        | 3723   | 15.6        | 649                                    | 9.5         |
| PERENÉ             | 19820   | 35.2        | 5774   | 11.7        | 1013                                   | 7.1         |
| PICHANAQUI         | 17997   | 35.6        | 4709   | 10.5        | 634                                    | 5.1         |
| SAN LUIS DE SHUARO | 2187  | 31.3        | 713  | 11.3        | 96                                     | 4.6         |
| <b>SAN RAMÓN</b>   | <b>9889</b>                                   | <b>37.9</b> | <b>3008</b>  | <b>12.8</b> | <b>776</b>                             | <b>11.4</b> |
| VITOC              | 1197  | 43.5        | 492  | 19.4        | 39                                     | 5.3         |

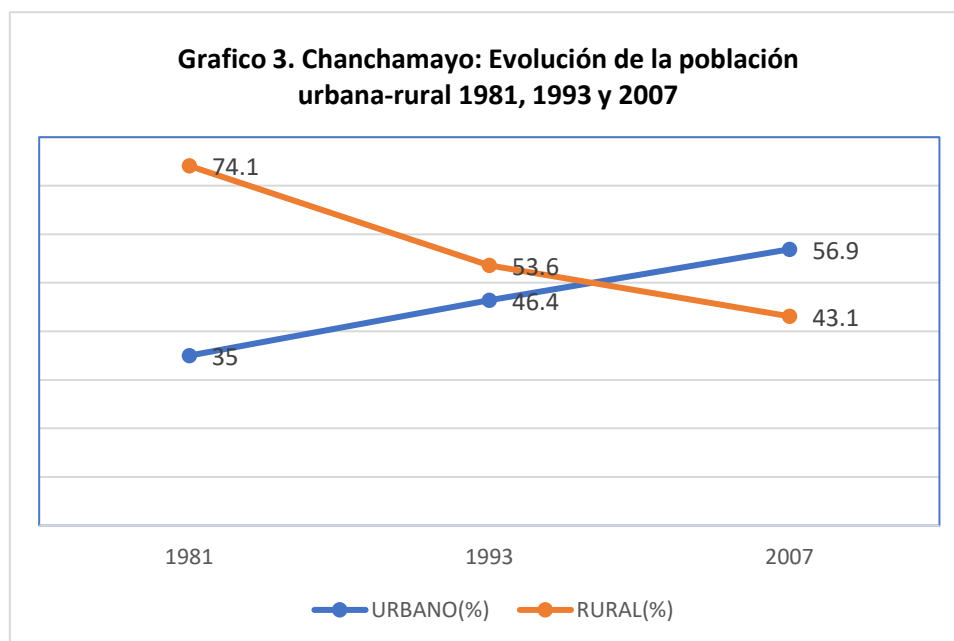
Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

\*/ Excluye a la población nacida en otro país y la que no especificó su lugar de residencia 5 años antes.

Según *el plan concertado de la Municipalidad Provincial de Chanchamayo*, en el distrito de San Ramón hay mayor incidencia de migración en el proceso a desarrollo de lo rural a lo urbano. En 2007, el distrito de San Ramón contó con un 73% en lo urbano.

Comparando otros distritos en la misma provincia, dicho distrito ha mejorado el acceso a la educación y los servicios básicos, aunque todavía no ha llegado a un nivel suficientemente.

Se ha mejorado el hecho de que de cualquier parte del Perú favorece llegar a la selva alta. Geográficamente la provincia de Chanchamayo es una de las provincias más productivas del Perú, es decir que dicha provincia es sinónimo de fertilidad. Se le conoce como la puerta de oro a la selva central, el clima es agradable, es la capital del café, tiene gran abundancia de frutas y productos agrícolas, y una gran cantidad de minerales para la exportación.



Fuente: INEI del Perú – Censos Nacionales 1981, 1993 y 2007

Por dichos aspectos positivos, la provincia de Chanchamayo atrae a personas turísticas temporalmente. Muchas personas vienen por negocios de trabajo agrícola temporal. La municipalidad provincial de Chanchamayo también promueve que los

empresarios y procesadores que hagan la oferta exportable de frutas, productos agrícolas y café, en particular de los empresarios ciudadanos y hasta a otros países, por ejemplo, Alemania, Italia, España, Japón etc.

Considerando las características geográficas de la provincia de Chanchamayo, que esta se ubica dentro del Departamento de Junín, con diversas altitudes, incluyendo la zona sierra y la Amazonia. Por lo tanto, entre varios tipos de lugares hay mucho tránsito a la sierra y la selva. La sierra tiene 4,000 m de altura y hoy en día a parte del clima frío, esa zona no ha atraído inversiones públicas debido a la limitación de los mercados, a la infraestructura inadecuada (carreteras, electricidad y agua), a la falta de seguridad y a los elevados costos de producción (INEI, 1981). Según datos del Ministerio de Agricultura en 1982, “desde la reforma agraria de 1969, la mayor parte de las tierras ha sido ocupada por sociedades agrícolas y cooperativas agrarias constituidas por un número relativamente reducido de personas.

La mayoría de los habitantes - campesinos o comunidades indígenas y miembros individuales de asentamientos dispersos - explota limitadas y dispersas parcelas de tierra que apenas permiten la supervivencia de las familias en constante aumento. En consecuencia, las poblaciones andinas, particularmente después de la Segunda Guerra Mundial, han emigrado a las ciudades y a la Selva Alta.”

Asimismo, recientemente la provincia de Chanchamayo está realizando las necesidades de infraestructura básica para corresponder el crecimiento poblacional urbano y este dotado de servicios básicos, por lo tanto, para realizarlo las empresas extranjeras o fuera de la provincia de Chanchamayo por ejemplo de ciudad grande vienen a la provincia de Chanchamayo.

Teniendo en cuenta que hoy en día hay muchos proyectos internacionales que vienen de varios países para ejecutar el negocio de minería, electricidad, carretera, transporte, internet, agricultura no solo las personas europeas sino también de Asia, Norte América, América latina, África etc. Asimismo, considerando la cantidad de población, los niños y los adolescentes ocupan gran porcentaje de la población. Según el censo



escolar de ministerio de educación, en 2012 había en total 2,700 docentes en la provincia de Chanchamayo.

Por esas razones las personas vienen a la provincia de Chanchamayo. Primero la mayoría llega por un trabajo temporal y luego decide buscar otro trabajo en el mismo lugar para permanecer más tiempo.

El sector turístico también es uno de los más dinámicos en la provincia, ya que cada año atrae a muchas turistas, especialmente en las festividades patronales, Semana Santa, Fiestas Patrias (Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013). Considerando la situación de la movilidad hoy en día, se está registrando una masiva concurrencia de turistas nacionales y extranjeros para disfrutar de diversas actividades turísticas con motivo tales como los días festivos.

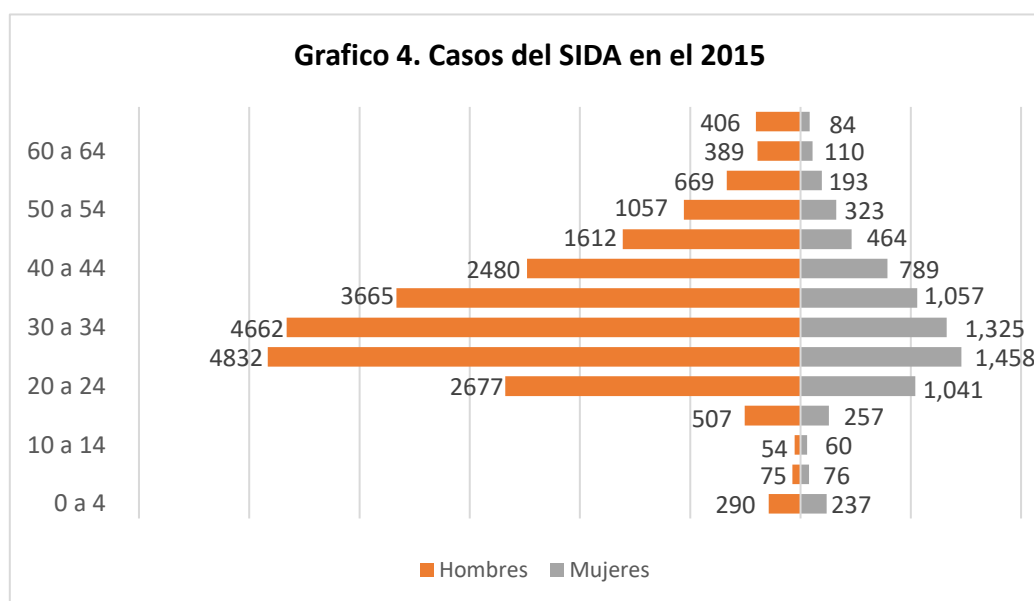
La carretera hacia a la provincia de Chanchamayo tiene sólo dos carriles, así que a menudo los vehículos procedentes de la capital transitan con el problema de mucho tráfico. Encima de la capital debería pasar un paso montañoso de los Andes peruanos, se llama Ticlio, es conocido como carretera central que tiene el punto de mayor altitud de 4818 m de altura. Cuando la carretera se congela por la caída de nieve, no hay ningún otro camino, por lo tanto, los vehículos quedan en la misma carretera o avanzan lentamente. De ahí que los vehículos, incluidos los camiones de negocio de transporte, a veces quedaron en esta vía por más de ocho horas. La carretera vulnerable y el clima, inevitablemente los pasajeros y choferes pueden quedar en la provincia de Chanchamayo. Asimismo, por el tema del paro también esa carretera se puede bloquear durante algunos días.

## **2) POBLACIÓN JOVEN SEXUALMENTE ACTIVA**

Según explica UNICEF, “el panorama hasta el 2004 para América Latina y el Caribe era el siguiente: 1,900,000 personas vivían con el VIH/SIDA. De ellas, 780,000 eran jóvenes cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 24 años, de los cuales el 69% correspondía a hombres y el 31% a mujeres. 56,000 eran niños de 0 a 14 años, e igual número correspondía a mujeres embarazadas infectadas con el VIH. El número de

huérfanos que ha dejado la enfermedad se calculó para el 2005 en 750,000 niños menores de 15 años. Esta misma proyección revela que para el 2010 esta cifra crecerá a 900,000.”

De acuerdo a las estadísticas del MINSA, entre el 1983 y el 2015, se ha notificado un total de 59,276 casos de infección por VIH, y 33,535 casos del SIDA en el Perú.



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú, 2015

De los casos notificados del SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando los pacientes tenían entre 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Según explica Doctora. Mónica Pun, La mediana de la edad de casos del SIDA es de 31 años y es decir que, dado el largo período de incubación de esta enfermedad, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. De ahí la necesidad de mejorar los programas de educación sexual para adolescentes, así como poner a su disposición insumos para su protección.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Requiere entre otras intervenciones, el fomento del trato justo

entre los sexos para la mejora de las relaciones personales y la calidad de vida. La sexualidad está presente y forma parte de toda la vida.

Sin embargo, la mayoría de los jóvenes a menudo sólo se atraen por los aspectos físicos, atractivos o emocionales. Ni siquiera el gobierno, las instituciones educativas, áreas de salud o padres orientan cuidadosamente a los adolescentes y a los jóvenes sobre el bienestar sexual a través de la armonía de dichos aspectos. Por lo tanto, hay una gran posibilidad de fracasos de la relación sexual entre las parejas.

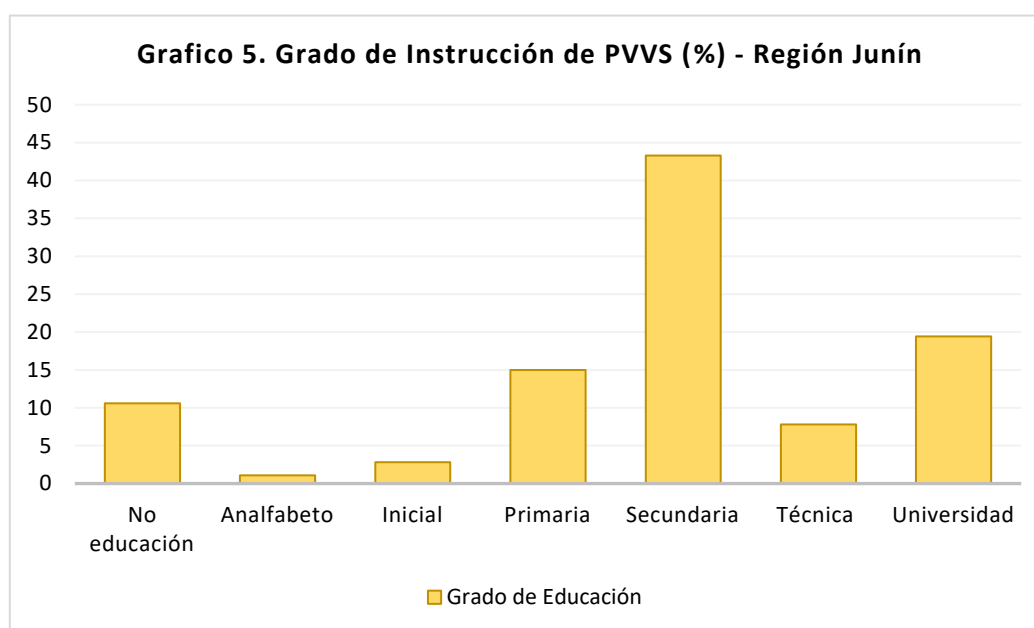
**Tabla 4. Chanchamayo: Asistencia al sistema educativo regular  
de 6 a 24 años (2007)**

| DISTRITO           | Total  | %     | De 6 a 11 años | %     | De 12 a 16 años | %     | De 17 a 24 años | %     |
|--------------------|--------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| CHANCHAMAYO (P)    | 48,673 | 67.9% | 24,227         | 93.6% | 17,408          | 86.3% | 7,038           | 27.5% |
| CHANCHAMAYO        | 7,234  | 7.1%  | 3,199          | 94.0% | 2,668           | 90.4% | 1,367           | 35.6% |
| PERENÉ             | 16,638 | 68.0% | 8,832          | 93.2% | 5,903           | 84.3% | 1,903           | 23.8% |
| PICHANAQUI         | 15,125 | 65.4% | 7,603          | 92.5% | 5,262           | 84.5% | 2,260           | 26.0% |
| SAN LUIS DE SHUARO | 1,672  | 64.0% | 909            | 94.5% | 590             | 83.7% | 173             | 18.3% |
| SAN RAMÓN          | 7,410  | 71.9% | 3,390          | 96.5% | 2,761           | 91.0% | 1,259           | 33.4% |
| VITOC              | 594    | 61.9% | 294            | 95.5% | 224             | 86.2% | 76              | 19.4% |

Fuente: INEI – Censos Nacionales, 2007

El Cuadro señala el logro educativo en el nivel primario y secundario que supera más del 90% a nivel provincial, es decir que la mayoría de los niños y los adolescentes asisten a las escuelas y colegios. Sin embargo, en las edades de 17-24 años se tiene una situación preocupante del aprendizaje para la educación adecuada en tema sexual y reproductivo. Encima el nivel secundario y superior tampoco enseña bien sobre como tener un día productivo en los momentos libres y el autocuidado del cuerpo con los métodos anticonceptivos.

Según el INEI en 2012 se registraron 2496 embarazos adolescentes entre 12-17 años y en el caso del Departamento de Junín se registraron 11 gestantes entre 12-17 años. Ese problema de embarazo no deseado no solamente se da en los adolescentes, sino que es un problema social y una falta de responsabilidad de los adultos. Especialmente las adolescentes embarazadas no están preparadas física y mentalmente para tener un bebé y tampoco tienen idea de cómo asumir la responsabilidad de la maternidad. Asimismo, obviamente afecta al desarrollo de las adolescentes académicamente.



Fuente: Oficina de Epidemiología, DIRESA

El cuadro puede ser un ejemplo justificable y según el grado de instrucción el 43.3% de casos tienen secundaria completa. Se puede entender que en la secundaria no se ha enseñado a los adolescentes sobre la educación sexual, cuidado y valor del cuerpo.

La situación económica también perjudica a los adolescentes a dejar la educación hasta al nivel superior y ellos a menudo pierden su derecho del aprendizaje por ayudar el mejoramiento económico de sus familias. Además, la pobreza hace difícil acceder a la información y atención sanitaria, por lo tanto, se puede estar en la situación más vulnerable.

Según el libro *Culpa y Coraje: Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú*, a pesar que la situación del Perú parece menos dramática que la de otros países de la región, existió y existe la sospecha entre los especialistas de que el número de enfermos y muertes no registrados ha sido mucho mayor, y que en países pobres como el nuestro la propagación del VIH/SIDA se acelera dramáticamente.

Especialmente los jóvenes no hablan mucho sobre la experiencia de su primera relación sexual por vergüenza, por lo tanto, es difícil revelar sus comportamientos sexuales y las enfermedades de transmisión sexual.

**Tabla 5. Chanchamayo: Población y condiciones de pobreza, según distrito, 2010**

| DISTRITO           | TOTAL POBLACION | POBRE ( % )     |         |            | NO POBRE | RANKING DE POBREZA* |
|--------------------|-----------------|-----------------|---------|------------|----------|---------------------|
|                    |                 | TOTAL DE POBRES | EXTREMO | NO EXTREMO |          |                     |
| CHANCHAMAYO        | 27,425          | 33.5%           | 6.8%    | 26.7%      | 66.5%    | 1493                |
| PERENÉ             | 58,675          | 52.0%           | 13.6%   | 38.4%      | 48.0%    | 1130                |
| PICHANAQUI         | 52,670          | 56.8%           | 18.2%   | 38.6%      | 43.2%    | 1026                |
| SAN LUIS DE SHUARO | 7,273           | 44.8%           | 12.0%   | 32.8%      | 55.2%    | 1298                |
| SAN RAMÓN          | 27,193          | 31.5%           | 5.9%    | 25.6%      | 68.5%    | 1525                |
| VITOC              | 2,870           | 33.3%           | 8.3%    | 25.0%      | 66.7%    | 1494                |

\*/ Ordenamiento de mayor a menor en función al porcentaje de pobreza total.

Fuente: INEI del Perú

El cuadro señala que el distrito de San Ramón tiene menor pobreza comparándose con otros distritos en la misma provincia. Sin embargo, 31.5% que equivale a 8,566 de la población, es una cantidad considerable.

Si existe aproximamiento en el riesgo de embarazo precoz e ITS en un ambiente vulnerable, los jóvenes deberían conocer bien sobre su salud sexual. Como sabemos, en razón a su edad, los adolescentes o hasta los jóvenes tienen poca capacidad de control sobre exposición a situaciones de riesgo al encontrarse en un periodo definido por cambios físicos, emocionales y sociales (OPS, 2013). Asimismo, en la época juvenil todavía no se forma el desarrollo tanto de la identidad personal como de la identidad de

género. Por lo tanto, cuando los jóvenes están en una situación para tomar una decisión sobre el acto sexual, tienen posibilidad de decidir, una manera de conducta de riesgo, sin proteger su cuerpo o con uso inadecuado de conducta sexual. Asimismo, también los adolescentes de ambos sexos tienen falta de conocimiento sobre los órganos sexuales y deberían tener respeto por el sexo respectivo.

En el 2012, el total de matrícula en el sistema educativo del distrito de San Ramón fue de 7,805 alumno, lo siguiente como básica regular de 7,001 alumnos, básica especial de 49 alumnos y superior no universitaria de 262 alumnos (Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013, p. 51). Según Censos Nacionales 2007 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población del distrito de San Ramón fue 26,088 y entre tal cantidad se ocupan 8,409 de edad 0-14 años (total 32.2%) y 16,239 de 15-64 años (total 62.2%). Es decir que la población de dicho distrito es bastante joven y tiene un potencial de recurso humano formidable. Como he mencionado anteriormente en la parte de mayor dedicación de trabajo de la población, su actividad predominante es la agricultura. Sin embargo, considerando la situación del distrito de San Ramón existe un punto de equilibrio de la zona rural a la urbana, por lo tanto, de allí a que mucho de los problemas que ahora se enfrentan como un gobierno local abarca el sector urbano.

Por ejemplo, cuando llega la temporada de cosecha de frutas, café, productos agrícolas, los padres se dedican a sus trabajos para un mejor desarrollo económico y es inevitable el no abandonar su hogar con sus hijos temporalmente. Los padres tienen la obligación de subsistir, de proveer al sostenimiento de alimentación, educación, cuidado, ofrecimiento de servicio básico como derecho de los niños y adolescentes, sin embargo, la mayor cantidad de los padres no cumplen esta obligación por sus hijos. Por lo tanto, no pueden compartir un tiempo especial del día para estar con sus hijos y orientar sobre el uso adecuado de Internet, los programas de televisión y el uso excesivo de los videojuegos (Ministerio de Educación, 2008). Asimismo, los padres también tienen muchos casos de problemas económicos y sentimentales así que están preparados para dar la enseñanza adecuada a sus hijos.

La población de 18 a 29 años también es un grupo sexualmente activo y a la vez es un grupo vulnerable de control del acto sexual. La mayoría de los jóvenes ya tienen experiencias sexuales a temprana edad, sin embargo, no tienen actitudes cuidadas y responsabilidad sobre una relación sexual con su pareja. Asimismo, en el distrito de San Ramón, no hay mucho trabajo para los jóvenes y es decir que ellos tienen un futuro incierto. El futuro incierto puede influir en los comportamientos de los jóvenes y no hay excepción sobre la decisión del comportamiento sexual. Encima no hay instalaciones culturales o infraestructura favorable para los jóvenes en la provincia de Chanchamayo y, por tanto, puede provocar el problema entre las parejas o los jóvenes.

Los jóvenes buscan una pareja que comparta sus ideas y conversaciones en vez de buscar familia o compañeros. Por lo tanto, a pesar de las actividades de varios programas por ayudar a los jóvenes en su vida cultural, sin embargo, ellos no pueden sentirse llenos de energía y satisfacción como al estar con su pareja. De acuerdo al informe de análisis de situación mental en la provincia de Chanchamayo, de los siete mil habitantes evaluados, el 25% padecen de trastornos afectivos emocionales (TAE). Dicho problema mental no tiene una causa clara, pero tiene efectos emocionales al mostrarse y/o sentirse triste y desanimado sin saber por qué.

### **3) HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH)**

#### **Prácticas que ponen en riesgo de infección del VIH/SIDA a HSH**

Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es conocido como la población clave que tiene el VIH/SIDA. Hoy día cuando se analiza la forma de clasificar a las personas con VIH, se puede observar una categoría de análisis de información denominada HSH, que en principio nace como categoría epidemiológica utilizada por primera vez por investigadores ingleses, que quisieron emplear un término globalizante (Aguirre, 2009). Para conceptualizar bien el término de HSH, se debería tener en cuenta que la categoría HSH habla de los hombres que se identifican como homosexuales o bisexuales.

De acuerdo con la definición de la OMS, las poblaciones clave en mayor riesgo de infección por el VIH son los trabajadores sexuales, los usuarios de drogas inyectadas, los hombres que tienen relaciones homosexuales y los reclusos penitenciarios. Obviamente dicha definición por el VIH se ha conocido a lo largo del tiempo acumulado a partir de principios de los años ochenta hasta ahora, así que tiene una consecuencia considerable por la que ha sido llamada población clave de HSH. Por lo tanto, se percibe como el prejuicio y el estigma personal los cuales han sido excluidos personalmente.

En realidad, desde el comienzo de la epidemia, HSH y las personas transgénero se han visto desproporcionadamente afectadas por el VIH (OMS, 2011). Especialmente, América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de los Estados Unidos de América (Estrada, 2009). Hoy en día el VIH continúa propagándose entre los HSH a nivel mundial. Los esfuerzos de prevención actuales no han podido contener o reducir la transmisión del VIH en los HSH. Se necesitan urgentemente intervenciones conductuales y biomédicas adicionales (Van Griensven, 2009). En la situación del Perú, el grupo de HSH está incluido en el programa nacional de vigilancia bioconductual del VIH, la prevalencia del VIH varió de 9.8 a 22.3% entre los sitios, y fue más alta en Lima (Van Griensven, 2009).

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú, en 2017 hay aproximadamente 1.900 casos de infección por VIH en hombres de 12 años a más con el tipo homosexual y bisexual según vía de transmisión. En cambio, los casos con el tipo heterosexual son en total aproximadamente 1.300.

En realidad, en el Perú todavía no existe una cantidad total de personas LGBTI y también hay más dificultad de encontrarla en la zona de selva. Por lo tanto, recientemente en el 2017, el INEI ha hecho una primera encuesta virtual para personas LGBTI (Lesbianas, Gais, Bisexuales y transexuales) de 18 y más años de edad. Con respecto a la participación virtual, los jóvenes de 18 a 29 años de edad han desarrollado este tipo de encuesta y han participado un total de 8.630 personas, en total 12.026 participantes. A pesar de que el acercamiento de la encuesta virtual tenía algo de limitación para todos, la



consecuencia de esta encuesta mostró un gran valor para estimar la proporción de la población joven y también para identificar las características sociodemográficas.

Considerando sólo el mayor grupo de 18-29 años, el 52.3% de participantes son de la provincia de Lima mientras tanto, las de nacimiento en Junín ocupan un 2%. Sin embargo, se debe considerar que existe dificultad de cobertura de internet y el desconocimiento de tal encuesta.

Dado que las personas de dicho grupo comenzaron a organizarse por sus derechos de autodecisión de identidad de género, los estudios para la variedad de género están en proceso de investigación. De todas maneras, se puede decir que es un gran reto conocer los grupos minoritarios vulnerables en la sociedad.

Según explica el INEI, obtener información estadística sobre la población LGBTI en el Perú, puede que permita a las autoridades públicas y sociedad civil implementar políticas, acciones y estrategias que garanticen su reconocimiento y protección en los diferentes ámbitos públicos y privados. En resumen, mientras tanto hasta ahora la información de la población LGBTI está siendo ocultada al público y se ha empezado a reconocer la importancia de tales grupos como miembros de la sociedad considerándose su cantidad aumentada.

Comparado con la capital Lima, la zona selvática tiene mucho menos casos del VIH/SIDA y además la zona metropolitana tiene más HSH. Sin embargo, la zona de selva como San Ramón también tiene una cantidad incomparable de incidencia oculta de HSH, con el VIH/SIDA en su distrito. Especialmente el limitado estudio en la epidemia del VIH/SIDA sucede por la falta de acceso a la prueba del diagnóstico del VIH en la selva.

A través de los resultados finales de la encuesta virtual de INEI del año 2017, se presta atención en los siguientes detalles: 69.1% del grupo de 18-29 años recibió información sobre la prevención de las ITS/VIH. En el caso del uso de métodos preventivos sobre ITS/VIH, 64.2% utilizaron tales como condón (93.8%), barrera látex (5.8%), otros (4.1%). Asimismo, el 56.5% de ellos no se ha podido expresar sin temer por su orientación sexual y/o identidad de género por poder ser discriminados y/o agredidos,

perder a la familia, perder el trabajo y oportunidades laborales. Últimamente, el 65.5% de los que respondieron que la sociedad peruana no es más respetuosa a la orientación sexual e identidad de género.

El estudio de HSH siempre conlleva el estudio de las costumbres, las creencias y la conciencia en cualquier sociedad. En la provincia de Chanchamayo tampoco hay excepción y tienen su forma particular de actitud social que está muy relacionada con aquellos aspectos. Por ejemplo, considerando el comportamiento de machismo en el Perú, la discriminación contra otros grupos sociales como en el caso de HSH afecta mucho directamente. En la vida cotidiana la población actúa con machismo diariamente sin darse cuenta y eso puede provocar el estereotipo de género y prejuicio de género.

Por ejemplo, en la provincia de Chanchamayo, según sexo entre el hombre y la mujer el caso de la población sin partida de nacimiento para la mujer tiene más porcentaje que para el hombre. Entonces la ideología de machismo exige a los HSH patrones de ser hombre mucho más rígidos y marcados, diferenciados claramente de los de la mujer (Cáceres, C. F., 2002).

Según explica el profesor peruano Cáceres,

“Las representaciones sociales dominantes del homoerotismo, así como la forma en que ésta interactúan con las prácticas sexuales específicas, son fundamentales. En un entorno machista, el estatus masculino debe ser constantemente confirmado, y lo que simbólicamente lo amenaza es estigmatizado con crudeza” (*Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional*, 2004).

Por ende, en la sociedad en la que el estatus masculino domina encima de otros tipos de estatus como el femenino, infantil, el adulto mayor, discapacitado, grupo de LGBTI etc., tales grupos no pueden ser reconocidos.

Cuando no se tiene respeto a la diferencia y la diversidad sexual en la sociedad machista, la sociedad exige patrones de ser hombre biológicamente al grupo de HSH y le genera presión para que cambie su orientación sexual. Por lo tanto, el grupo de HSH puede tener estigmatización en la sexualidad, especialmente a la homosexualidad.

Asimismo, en la provincia de Chanchamayo todavía no existe seguridad ciudadana sistematizada. Según la municipalidad provincial de Chanchamayo, en la actualidad la seguridad ciudadana se ha convertido en un problema crucial para los gobiernos locales tales como el incremento de la prostitución, la delincuencia, el alcoholismo, etc. A parte de que hay muchos casos de maltrato hacia las mujeres y los niños, es decir que en la sociedad de Chanchamayo el derecho humano por los grupos minoritarios no se ha reconocido y este tipo de actos se podría incluir a ser tratado al grupo de HSH.

La creencia religiosa también puede ser un criterio importante al juzgar al grupo de HSH y puede provocar riesgo individual o grupal de sufrir discriminación en los HSH. Según el resultado de la primera encuesta virtual para personas LGBTI, en la pregunta de percepción de la sociedad el 94.6% de los participantes de 18 a 29 años de edad respondieron que los líderes religiosos usan un lenguaje ofensivo contra personas LGBTI.

“Mensajes con algún atisbo de rigidez moral suelen tener el efecto negativo de invitar a esta población a desafiarlos, precisamente porque les recuerdan de las prohibiciones morales o religiosas que vivieron en su niñez” (Shernoff, 1991).

Es decir que en nuestra mente existe una conciencia fija sobre la identidad de género y la orientación sexual sin darnos cuenta así de que ciertas costumbres que son adquiridas en nuestra época infantil, pueden ocasionar confusión en el sexo.

En el caso de la religión, esta tiene tendencia de mantener su creencia propia y en el distrito de San Ramón la religión católica mediatiza su manera de tratar el concepto de sexo y género a los pobladores.

“A nivel mundial y especialmente a nivel Latinoamérica, la religión católica es la más practicada; se ha convertido en un fundamento ideológico y social que apoya de manera sutil a la discriminación y la homofobia” (Valdez, 2015).

“Así mismo, las religiones cristianas o judías consideran que los HSH realizan comportamientos patológicos y buscan normalizarlos para que lleven una vida apegada a su creencia religiosa” (Barbosa, 2009).

Por lo tanto, la mayoría del grupo de HSH no expresa sin temor su orientación sexual y/o identidad de género por la que esta conlleva un aislamiento social y sentimientos de exclusión de los espacios públicos en la sociedad. A sabiendas de que en San Ramón hay aproximadamente 28.000 habitantes, es inevitable ocultar la orientación sexual, dado que son rápidamente identificadas a modo de chisme y broma. Puesto que tales chismes y bromas son de ocurrencia frecuente entre los habitantes en el ambiente cerrado, por lo tanto, hay gran probabilidad de extender el rumor entre la zona y los pobladores.

Según el libro de *vivir muriendo: La estigmatización de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*,

“Una situación que tiene que ver con el ambiente de cautela entre los HSH, es que las mentiras, los chismes, la deslealtad, los pleitos, están a la orden del día, no sólo entre las vestidas como luego argumentan el resto de los homosexuales, sino que todos se prestan a estos asuntos: entre broma y chisme a veces se hieren, se ofenden y por supuesto se enojan, hasta se dejan de hablar, pero al poco tiempo se vuelven a tratar, aunque algunos guardan mucho resentimiento” (Lara, 2006).

La realidad es que en la provincia de Chanchamayo se forma la comunidad de hombres gays con una cantidad considerable y también existe el grupo de LGBTI informalmente en la sociedad. La mayoría de ellos dedican trabajo en el sector comercial e industrial por lo demás algunos de ellos tienen su negocio propio. Otros también son empleados en el sector público y privado. Ellos participan de algunas organizaciones sociales de LGBTI, gay, jóvenes, religiosas, comunitarias, políticas y culturales para mantener la comunicación entre su grupo.

A pesar de los esfuerzos de las personas LGBTI para involucrarse en la sociedad y ser un miembro normal, la creencia negativa en la sociedad por HSH o LGBTI ha estructurado una serie de medios y acciones que limitan esta interacción con la sociedad. Es decir que la provincia de Chanchamayo, como en todo el Perú, no tiene aún reconocimiento de las diferentes orientaciones sexuales y ni aceptación el gusto de ser fiel de la decisión de identidad de género. En la sociedad de la provincia de Chanchamayo

existen prejuicios machistas y también hay una idea fija socialmente sobre la definición de una moral de relación sexual, así como permite las relaciones sexuales heterosexuales tácitamente. La tendencia de la falta de reconocimiento de la comunidad gay o las personas de LGBTI provoca un problema epidemiológico de HSH por su orientación sexual y su identidad de género.

#### **4.1.1.2. SISTEMA EN LA SALUD PÚBLICA Y EL VIH/SIDA**

Desde la primera vez que se supo sobre el VIH, hace más de 25 años, las autoridades han tomado conciencia sobre la amenaza de esta epidemia. Actualmente en nuestro país se ofrecen tratamientos antivirales de manera gratuita a todas las personas infectadas con este virus. Lo que es un buen avance; sin embargo, y según las estadísticas, todavía falta contar con políticas efectivas de prevención y de control sobre esta enfermedad.

Problemas como desabastecimiento de antivirales, la falta de campañas de prevención en los grupos más vulnerables como los jóvenes y revertir la discriminación contra los gays y transexuales, población en la que se concentra el mayor índice de portadores del virus, son los obstáculos que deben ser tratados y debatidos por las autoridades.

Es dado que en el Perú viven alrededor de 70.000 personas con VIH, de este grupo una de cada cuatro personas (alrededor de 16.250) no saben que tienen la infección. El Ministerio de Salud (MINSA) indica que solo en 2016 ocurrieron cerca de 2.700 nuevas infecciones en el país, por lo que es necesario que la población se informe respecto a cómo se adquiere el virus. Más aún, considerando que la infección por VIH no muestra síntomas durante los primeros años de adquirido y solo se manifiesta en una etapa avanzada, a la cual llamamos síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En los últimos cinco años (2012-2016), se han notificado un promedio de 5.840 casos de infección por VIH y 1.490 eventos del SIDA por año. En ese sentido, el MINSA remarca la necesidad de evitar las situaciones que nos pone en riesgo de adquirir el VIH.

La mortalidad por VIH en el periodo 2000-2013 se ha reducido en 46%, pasando de 7.3 a 3.9 por 100.000 habitantes, siendo siempre la mortalidad mayor para el sexo masculino. Esta reducción se debe a que existen tratamientos disponibles que controlan la infección y mejoran la salud de la persona, permitiendo que realicen sus actividades y tengan una vida saludable, similar a una persona que no tiene el virus.

Se debe indicar que el TARV se ofrece de forma gratuita en todas las regiones del país, a través de 145 establecimientos, de los cuales 119 corresponden al MINSA. Por parte de la Red de Salud Chanchamayo, se puede notar que esta sigue jerárquicamente los programas y planes insertados por el MINSA, es decir no tiene autonomía propia, algo que los lleva a depender presupuestaria y financieramente en un rol burocrático.

Tal como se muestran en los diagnósticos e incidencia de infectados por el VIH/SIDA, está más que demostrado que aun el gobierno no está manejado correctamente ciertos indicadores y o factores condicionantes de tal incidencia con la debida importancia, puesto que no se está enfatizando en el campo social y cultural de este virus.

Si detallamos algunas carencias presentadas en la Red de Salud Chanchamayo, podemos mencionar la falta de implementos y retrovirales para más de 90 infectados por ese virus, así como el hecho de que solo se le está aplicando tal tratamiento a aquellos que guardan interés y preocupación por enfrentar dicha enfermedad, quedando por insuficiente un tratamiento que debería de ser íntegro y generalizado para toda la comunidad, algo que si hacemos un profundo estudio llegamos a la conclusión de que radica como una causa presupuestaria. Es decir, ante la realidad de nuestra provincia, muchos de los portadores del VIH, ya sea en fase del SIDA o no, no pueden participar de ello, ya que el gobierno no adecúa el presupuesto ideal para combatir esta enfermedad y de esa manera llegar al alcance de todos, sin distinción alguna.

La intervención de las distintas disciplinas en este problema de salud pública es sumamente importante, ya que está asociada a una serie de factores sociales y culturales que determinan las prácticas de alto riesgo que agudizan y agravan lo que contribuye a incrementar los casos de infección del VIH en las distintas poblaciones. Es fundamental

la creación de nuevas estrategias de intervención construidas desde un marco interdisciplinar, no solo para paliar el problema como hasta hoy se ha hecho, sino para mostrar resultados desde los niveles de impacto que se generan en los procesos de intervención individual, familiar y comunitaria. Cabría señalar que se han diversificado los grupos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, atribuyendo a una de sus causas, los precarios sistemas de salud que imperan a lo largo y ancho de Latinoamérica.

### **1) PLAN Y PRESUPUESTO POR EL ESTADO PERUANO**

Es parte fundamental del Gobierno peruano, implementar y ejecutar planes frente al VIH/SIDA, en vista de que los indicadores en incidencia e infección a nivel nacional, regional y local aún son considerables.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud (MINSA), que es el organismo en el Perú a quien corresponde el ejercicio de la rectoría en salud del país, es uno de los principales actores y ejecutores. Es el que estructura la norma de acción contra el VIH/SIDA, las mismas que regulan la actividad de los otros subsectores. Sin embargo, la percepción de los actores es que su rol rector aún debe ser consolidado y en particular debieran fortalecerse las competencias para mejorar las negociaciones con la sociedad Civil y con su ejercicio de liderazgo con otros sectores del Estado.

Asimismo, la Dirección General de Salud de las Personas, órgano de línea del MINSA, cuenta desde el 27 de julio de 2004 (RM. 721-2004/MINSA) con las denominadas Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) una de las cuales es la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, donde se gestionan las actividades de lucha contra el VIH y el SIDA.

El rol de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA (ESN ITS/VIH/SIDA) percibe con voluntad concertadora y generando una cultura de dialogo propicia para el trabajo conjunto con la sociedad civil, sin embargo, se reconoce que la respuesta del MINSA se limita por la distribución inorgánica de los roles al interior de distintas instancias ministeriales y con procesos gerenciales aún de limitado desempeño.

Si bien se destaca como una fortaleza nacional la existencia de una estructura y de estrategias básicas de la ESN ITS/VIH/SIDA, los actores coinciden en que estos elementos son claramente perfectibles. Por otro lado, la falta de un proceso de transición del modelo de programa vertical a estrategia de atención integral ha dado como resultado la desorganización de la estrategia.

Por otro lado, es vital dar a conocer que las modificaciones en la dependencia administrativa del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA dentro de la estructura orgánica del MINSA, definitivamente han restado poder de decisión al Programa, hoy ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, al reducirse hasta un sexto nivel de jerarquía dentro de esta estructura.

En merito entender el funcionamiento de los programas, es una desventaja que la transición desde la desarticulación del Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) y la actual Estrategia Nacional dieron lugar a que algunos procesos tomen más tiempo en adecuarse al cambio; por ejemplo, el sistema de información, elemento muy importante para el diagnóstico de la situación y para la toma de decisiones.

Además en este contexto, la ejecución con financiamiento del Fondo Mundial, del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en la Fase I, ha permitido el inicio de actividades de prevención y control, así como el TARGA a lo cual debemos de agregarle el gran esfuerzo desplegado por el país, la introducción de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en la gestante y otras, cuyo impacto en la evolución de la epidemia se podrán observar en los siguientes años. El Proyecto se desarrolla con contrapartida del Ministerio de Salud y de las entidades que conforman la CONAMUSA - Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud -, que engloba a los sectores de gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional.

#### Presupuesto y financiamiento del PLAN ESTRATEGICO MULTISECTORIAL 2015-2019

En las múltiples formas de combatir el VIH/SIDA en nuestro país, el gobierno peruano y el MINSA ha realizado un ejercicio de costear los requerimientos del PEM



(Plan Estratégico Multisectorial), siguiendo el esquema de objetivos, estrategias, actividades, actividades orientadoras. La intención es brindar un marco de referencia de los recursos que serían necesarios para implementar el PEM, bajo las hipótesis de cada línea de acción descrita. Así, de manera general, el presupuesto estimado del PEM VIH Y SIDA para los años 2015-2019 y las correspondientes acciones de monitoreo y evaluación, ascienden a S/ 1,341,930,711 nuevos soles.

En el Perú, la lucha contra la epidemia del VIH Y el SIDA es concebida desde una visión de estrategia de inversión social. Su principal financiamiento se da a través del Tesoro Público, cuyos recursos se encuentran en el Programa Presupuestal 016: TBC-VIH y SIDA, que tiene prioridad en la asignación de recursos y se implementa desde el año 2011 bajo el enfoque de presupuesto por resultados (PpR). Los programas presupuestales se conciben partiendo de un enfoque multicausal del problema social, y, por lo tanto, la respuesta también tiene un carácter multisectorial. Si bien, actualmente el Ministerio de Salud concentra la mayor parte de los recursos destinados a la lucha contra el VIH/SIDA, debería promoverse que los otros sectores incorporen en su estructura funcional programática las cadenas presupuestales que en sinergia con el Sector Salud establezcan las acciones que contribuyen a la respuesta contra el VIH Y SIDA.

El presupuesto del PEM 2015-2019 considera dentro de la estimación del presupuesto, el financiamiento que el Estado Peruano asigna a los diversos sectores, especialmente Salud, a través del programa presupuestal 016: TBC – VIH/SIDA, para dichas acciones. Parte del financiamiento se asume con cargo a los recursos de la Cooperación Internacional de carácter no reembolsable, especialmente el Fondo Global; la mayor parte del financiamiento se realiza con recursos del Tesoro Público.

Los recursos de la Cooperación Internacional de carácter no reembolsable que aportan mediante fuente extranjera a la respuesta de la lucha contra el VIH Y SIDA son difíciles de prever, solo se ha compatibilizado las acciones del PEM respecto al presupuesto aprobado para la X Ronda del Fondo Mundial, que es un fondo especial de la Naciones Unidas.

No se ha encontrado sólida evidencia del gasto de bolsillo en Perú, pero no se debe dejar de considerar como un gasto en el financiamiento en la lucha del VIH/SIDA, entendido como el gasto que realizan las familias para solventar los traslados, alimentación, etc. conducentes a mantener la calidad de vida y el tratamiento.

Como un claro ejemplo de la ejecución del plan estratégico de los programas se muestra tal articulación en la capacitación de actores sociales que promueven prácticas saludables para la prevención del VIH/SIDA. Las instituciones implicadas en los programas de prevención de salud como las siguientes:

- MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos, contenidos y mensajes claves para estandarizar la entrega del producto, difundidos en medios cibernéticos, impresos y magnéticos según necesidad. Brinda asistencia técnica según necesidades para la implementación de la vigilancia comunitaria, en coordinación con los diferentes niveles. Identifica problemas, promueve y realiza investigación. Promueve la participación ciudadana. Monitorea y evalúa.

- GERESA/DIRESA/DISA: Adecúa y difunde el marco normativo. Elabora materiales educativos teniendo en cuenta contenidos, mensajes claves y contexto regional y local. Coordina programación y formulación de metas físicas y financieras del producto. Identifica, promueve y realiza investigación. Brinda asistencia técnica. Facilita la participación ciudadana. Monitorea y evalúa

- RED/MICROREDES DE SALUD: Programa y formula las metas físicas y financieras del producto, garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Monitorea el registro del producto en el reportador HIS. Brinda asistencia técnica y capacita al personal en Vigilancia comunitaria y Educación de pares mediante metodologías participativas. Monitorea y evalúa la entrega del producto.

- MUNICIPIOS: Lidera y fortalece la participación comunitaria a través del Padrón de organizaciones adscritas. Conduce la participación comunitaria para realizar intervenciones que contribuyen a la prevención y control del VIH/SIDA. Aprueba y

garantiza financiamiento al Plan anual articulado y coordinado de actividades, según prioridades sanitarias en el territorio, con la finalidad de mejorar el entorno, y promover prácticas saludables.

- **COMUNIDAD:** Participa a través de sus Organizaciones Sociales de Base (OSB) inscritas en el Padrón de Organizaciones comunitarias del Gobierno Local, incluyendo a los Agentes Comunitarios de la salud, proporcionando los resultados de la vigilancia comunitaria, insumo importante para la Sala Municipal de Salud o la que haga sus veces.

## **2) ATENCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DEL VIH/SIDA POR PARTE DEL GOBIERNO**

El sector salud del gobierno del Perú sabe cómo puede plantear la estrategia de disminuir la incidencia del VIH/SIDA, sin embargo, el gran problema es que no sabe cómo puede propiciar acercamiento en las personas contagiadas para conocer más de su vida. Asimismo, en su mayoría no considera mucho el modo de vivir con los habitantes y solamente se acercan a ellos para transmitir información. El gobierno peruano tiene capacidad suficiente para poner énfasis social y cultural en el VIH/SIDA, pero es la falta el tiempo y presupuesto que falta en esta investigación.

Su manera de acercamiento está muy relacionada con el aspecto biomédico por ejemplo la situación de la incidencia del VIH/SIDA, las causas, las prevenciones de la enfermedad. Por lo tanto, su enseñanza e intervención a los pobladores tales como campaña, charla, taller, educación y cualquier actividad de salud están limitadas en lograr solo los objetivos del gobierno.

Según explica la UNESCO,

“Una estrategia durable y eficaz para combatir la epidemia no puede restringirse al sólo tratamiento médico, sino que debe incluir en sus metas la protección de las personas aún no

contaminadas y la creación de una atmósfera humana solidaria y favorable hacia las personas seropositivas o enfermas” (Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA).

El gobierno peruano tiene un sistema administrativo cuya misión es entregar un informe mensual, semestral y anual sobre las actividades de prevención del VIH/SIDA. Por ejemplo, desde iniciar el programa de TARV (Tratamiento Antirretroviral) en el 2004, el gobierno continuamente ejecuta tal programa y presenta su informe con indicadores de incidencia de pacientes.

Según el dato de ESNITSS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA), los pacientes en TARGA eran 36.753 personas en el año 2015. Comparando el número de 1.157 del año 2004, está aumentando el caso de acceso al tratamiento antirretroviral en el Perú. Asimismo, afortunadamente a partir de 1983 hasta hoy en día está disminuyendo la tendencia de los casos del SIDA.

En la provincia de Chanchamayo, existe el programa TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad). Sin embargo, según el dato de la región Junín, a pesar de ser aplicado el programa TARGA a PVVS en la región Junín, en el 2015 se ha disminuido en un 20% desde 66.70% en el año 2009.

Asimismo, la región Junín sufre un incremento en la tendencia de infecciones del VIH/SIDA, situación que requiere no sólo tareas de atención integral a pacientes sino además de agresivas campañas preventivas (Región Junín, 2009). Obviamente es bastante importante la atención médica de las personas infectadas y gracias al TARGA, PVVS se ha podido evitar la aparición del SIDA. De esta manera, el tratamiento que se aplica es totalmente gratuito en el sector de la salud pública, por lo tanto, depende de la voluntad propia del PVVS, para así lograr una prevención más segura.

A pesar de que el gobierno en Junín está buscando otra manera de prevenir nuevos casos de contagio de VIH/SIDA para complementar la carencia de la prevención del VIH/SIDA y participación de PVVS, en la que es trascendente poner énfasis en las relaciones entre cultura, desarrollo y el problema del VIH/SIDA, acercándose al fenómeno de la incidencia de tal enfermedad en la sociedad.

Hoy en día el gobierno está enfocando sus ideas de articulación con los aspectos de énfasis social y cultural y poder así llevar a cabo una estrategia nacional.

Según explica la UNESCO, la epidemia del VIH/SIDA se puede interpretar como un fenómeno socioeconómico, social y cultural complejo.

“Los estudios por país han demostrado claramente que el problema del virus del SIDA no concierne a un solo sector de actividad, y que no podrá hallársele solución mediante acciones exclusivamente médicas y sanitarias. En realidad, dicho problema se encuentra vinculado a todos los aspectos de la actividad humana, a las condiciones de vida, al contexto económico y social, a las normas sociales y culturales, a los modelos y sistemas de valores” (UNESCO, 2003).

El Programa ONUSIDA recomienda que para luchar contra la epidemia se requiere de estrategias plurisectoriales, capaces de involucrar una gran variedad de ámbitos, así que se deben analizar las acciones institucionales en el distrito de San Ramón. Según el resumen ejecutivo de la rendición de cuentas de la municipalidad distrital de San Ramón, ésta presenta actividades y la mayoría es la inversión en infraestructura y servicios básicos por el desarrollo local tales como obras de carretera, limpieza pública, protección al área, tratamiento de residuos sólidos etc. Además de que hay bastantes actividades como eventos, concursos, talleres, charlas, actividades deportivas para promover la participación de las personas, las cuales suman un resultado de logro institucional y distrital.

Principalmente la municipalidad distrital de San Ramón pone mayor atención a las actividades y obras visibles porque recientemente está desarrollándose en campo de infraestructura con el presupuesto nacional otorgado. Afortunadamente, hubo 27 talleres en capacitación sobre planificación familiar y controles de enfermedades de transmisión sexual para que se conozcan los métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual y se hagan un control de planificación familiar.

Teniendo en cuenta la situación económica vulnerable, socialmente en tal distrito, la acción institucional en los diversos programas por la participación de los pobladores tiene mucho valor conforme a su capacidad distrital, sin embargo, en el hecho de incorporar la salud y educación, se puede ver la falta de observación de las actividades

juveniles. Puesto que no se puede mantener la eficacia de la educación de enfermedades de transmisión sexual temporalmente sin focalizarse en los adolescentes y jóvenes. Anualmente se repite las medidas imperfectas y superficiales sobre la prevención del VIH/SIDA, por lo tanto, hay que reconsiderar al enfoque cultural y social para así generar el interés en la participación de los pobladores.

Según menciona la Municipalidad Distrital de San Ramón, las organizaciones sociales básicas no participan activamente del proceso de desarrollo articulado y concertado del distrito y buscan solo la atomización de intervenciones municipales en diversos aspectos de sus necesidades propias. Sin embargo, antes de indicar la baja participación de cada individuo, se debería tener en cuenta que primero, cualquier tipo de educación con el tema de salud debería formar una necesidad prioritaria propia de las personas, no para el desarrollo local.

Los sectores públicos céntricos en el Perú generalmente tienen tendencia dominante, así que el proceso del trabajo se identifica con los funcionarios de alta jerarquía y tiene un criterio de misión y logro del programa sin reflejar las opiniones y consideraciones de los subordinados. Debido a esa tendencia, los sectores públicos locales de la provincia y el distrito tienen la influencia del gobierno central, por lo tanto, la orientación y el orden de la organización superior alineando con los objetivos del gobierno son las necesidades y las metas nacionales o internacionales. Luego ese sistema es adoptado por los habitantes y aplicado a la sociedad sin considerar la característica local que cuenta con su propia cultura, dedicación de trabajo, nivel de educación, estado de salud, problema en la etapa juvenil, problema de relación sexual, el papel de las mujeres en el desarrollo, etc.

Del otro lado, a menudo el gobierno puede ser algo hermético, al punto de que los habitantes deseen una solución de largo plazo con respecto al dilema de la prevención del VIH/SIDA, aunque el gobierno tiene una estrategia y un plan para llevar a cabo ese proyecto. En el caso de PVVS, cuando se enfrenta el VIH/SIDA, se desea conocer su diagnóstico y estado de salud para encontrar consuelo a pesar de no tener obligación alguna. Esa acción se puede ver que ellos buscan alguien en quien puedan confiar y

conversar sin discriminación, es decir encontrar un medio y entorno cultural más favorable en la vida. Sin embargo, en su contexto real no puede encontrar esa aceptación por la carencia de comprensión por parte de los habitantes y la sociedad alrededor de ellos, por lo tanto, no le dan importancia o tiempo para escuchar y conversar con PVVS.

Con ese conflicto y dilema, el gobierno debe pensar que el VIH/SIDA es un problema multifacético para solucionar la prevención, no solamente por el sector médico. Por lo tanto, es necesario que el gobierno considere no solo el sector de salud, sino también el vínculo entre varias entidades para abordar diferentes puntos de vista hacia los habitantes en vez de únicamente optar por la apreciación médica.

En el distrito de San Ramón hay una gran cantidad de adolescentes, jóvenes y adultos que tienen voluntad para aprender el autocontrol de la mente y el cuerpo, y así poder conocerse a sí mismos. Además, desean aprender la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. A pesar de que existe esta gran voluntad de aprendizaje a algo nuevo, es una gran deficiencia de que no se cuente con buenos materiales informativos, capacitación y educación escolar. Sin embargo, el distrito de San Ramón o la provincia de Chanchamayo a menudo no llegan a satisfacer dichas necesidades. Para ellos es inevitable pensar que los jóvenes les gustan la danza, deporte y salir a la discoteca, así que organizan actividades de danza, festivales, deportes, turismo, concurso de comida etc.

Teniendo en cuenta que el distrito de San Ramón es una zona de selva alta, por su característica geográfica está muy alejada de buenos recursos humanos con alta capacidad profesional para enfatizar una vista más interesante y dinámica para los jóvenes. En el caso de la capital Lima, hoy en día son beneficiarias de diversas investigaciones realizados por centros universitarios, agencias nacionales e internacionales especializadas, organizaciones no gubernamentales, recursos profesionales en cambio, algo que aún no es propicia en la provincia de Chanchamayo. Sin embargo, del otro lado, el gobierno local también debería cambiar su estrategia en un pensamiento distinto con más visión hacia los habitantes ya sea clasificando las actividades por grupos de edad, sexo, nivel

económico etc. Es decir que el gobierno local puede y debe optar por proyectar el tema del VIH/SIDA más profunda y detalladamente.

Las estrategias y los varios programas del VIH/SIDA en el gobierno del Perú necesitan los resultados de los factores sociales y culturales. Lo que podría ser un buen método es formar una red de comunicación con comunidades locales, sectores de salud, sectores de educación, sector administrativo, organizaciones religiosas, sectores de comercio, ONG, etc.; luego, de ahí desarrollar los programas de prevención y tratamiento adecuado con su cultura, nivel socioeconómico, grupos de edad, costumbre, creencia, comportamiento.

Según explica el psicólogo colombiano Rubén Ardila,

“La definición de la calidad de vida es la siguiente: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social [...]”  
(Calidad de vida: una definición integradora, 2003).

La carencia del bienestar también se puede vincular con la falta de conciencia de énfasis social y cultural del VIH/SIDA. Teniendo en cuenta que en el distrito de San Ramón se tienen dificultades para satisfacer las necesidades básicas en la población, ya sea de énfasis social y cultural del VIH/SIDA, algo que no muy alejado de un aspecto de bienestar. Por lo menos el Perú es un país en vías de desarrollo, además de que todos los países tienen el derecho para alcanzar al bienestar por las naciones y la población en general. Por lo tanto, enfatizo que el Perú o el distrito de San Ramón también deberían conceptualizar su criterio de calidad de vida relacionado con los aspectos sociales y culturales.

Favorablemente el gobierno peruano está en la causa de llevar a cabo “el Plan Bicentenario” y es un plan de largo plazo hacia el 2021 conteniendo las políticas nacionales de desarrollo. Según la explica DIRESA, dicho plan considera la diversidad cultural, al libre desarrollo, bienestar de todos los peruanos como el nivel nacional. Por lo tanto, se puede notar que, según el plan, el gobierno sí pone énfasis en los aspectos



sociales y culturales para una mejor interpretación de la salud y el bienestar solo que con una perspectiva distinta y silenciosa.

### **3) EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN POR PARTE DEL SISTEMA PÚBLICO**

A nivel internacional, existe el objetivo de lograr una enseñanza primaria universal. Según el dato del INEI, en el 2007, el distrito de San Ramón logró 96.5% de la asistencia a la primaria entre 6 a 11 años. Los adolescentes también asisten más arriba del 90%. Sin embargo, según el dato de UNICEF en 2011, en la provincia de Chanchamayo sólo el 68% de los niños y niñas entre 12 a 13 años han completado la educación primaria y en el caso de adolescentes solamente el 43% de 17 a 18 años han cumplido la educación secundaria. A pesar de que hoy en día está mejorando la asistencia a la institución educativa, también hay niños y niñas vulnerables a tener una educación básica.

Así, la mayoría de los estudiantes asiste o participa de una educación, aunque muchos no han aprendido la educación sexual, productiva y prevención del VIH/SIDA, es decir que sólo la participación a institución educativa no ayuda a conocer el aprendizaje de la salud sexual. Se ha visto aun que mucha gente joven sigue sin saber cómo protegerse contra el VIH y las mujeres tampoco tienen conciencia de las consecuencias después de un acto sexual con sus parejas.

Según explica UNICEF, el 18% de las adolescentes mujeres de 15 a 18 años conviven o están casadas y 24% de las adolescentes mujeres de 15 a 20 años han experimentado la maternidad en la provincia de Chanchamayo. La institución educativa tiene mucha limitación de capacitar adecuadamente a los jóvenes y no puede solucionar los factores riesgos del VIH/SIDA entre los adolescentes.

No cabe duda de que la manera más segura y de educación relativa al VIH/SIDA es en el ámbito del sistema educativo, efectuadas en la institución educativa. Según explica la Campaña Mundial por la Educación (CME), la enseñanza primaria universal evitaría 700.000 nuevas infecciones por el VIH cada año (Jellema, 2004). Y teniendo en

cuenta que en la provincia de Chanchamayo se forma la primera relación sexual entre los adolescentes a partir de promedio de los 14 años, es esencial destinar una urgente educación. En la provincia de Chanchamayo, niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años son 71.887 en el 2011 y ocupa casi 30 % (UNICEF, 2011) y es decir que ellos pueden ser considerados un grupo necesario entre la población.

Para ello, es imprescindible capacitar a los profesores de la institución educativa que garanticen a los alumnos, para que tengan conocimiento del VIH/SIDA. Anticipadamente, primero es inevitable pensar cuál es su grado y nivel de conocimiento que poseen, cuánto saben y cómo piensan sobre el VIH/SIDA (UNESCO, 2006). Asimismo, considerar que los alumnos tienen confianza a los profesores y cuanto saben los profesores de la vida de sus alumnos. Es decir que la formación de tal confianza y el interés entre ambos ayude a facilitar una buena comunicación sobre temas educativos en relación sexual y el VIH/SIDA. Generalmente los profesores no tienen mucha oportunidad de obtener información y alcance sobre el VIH/SIDA y a veces aprenden la educación sexual y reproductiva a través del hospital o micro redes de salud, sin embargo, no todos los profesores cumplen la capacitación del sector de la salud. Ni siquiera tienen conciencia de que es necesario conocer los métodos de prevención del VIH/SIDA y por lo que muchos llegan a tener una información inadecuada o incorrecta.

Según el informe de UNESCO, PROEDUCA y GTZ, se presentó un caso de las estrategias para la implementación curricular a una institución superior en Cusco del Perú. A través de la investigación, un proyecto fue aplicado a la institución y fortaleció varias áreas del programa como los siguientes: área de estimulación integral, de ecosistema, de sociedad, de psicología, de práctica profesional y de investigación. Viendo este ejemplo si cualquier organización interviene y colabora con este tipo de proyectos de salud dentro del parte curricular académica de la institución educativa, no cabe duda de que habrá predisposición por parte de los beneficiarios. Sin embargo, tomaría un poco de tiempo hasta adaptarse a esta nueva inserción de tal plan en el currículo con voluntad propia y sin externo.

El Gobierno Regional de Junín y DIRESA (Dirección Regional de Salud) tienen conciencia de la carencia de educación sexual así que en aras de la educación sexual ha insertado el plan de dar a modo gratuito, entregar preservativos a la población en general.

Según el Plan Bicentenario del Perú hacia el 2021, en la parte de comunicación en salud, tiene estrategia de desarrollar, incrementar y promover la educación en el derecho a la salud de la sociedad a través de prácticas transparentes de transmisión y difusión de información, que garanticen el acceso a conocimientos y permitan cambios de actitudes y prácticas saludables. Sin embargo, en realidad la región Junín tiene un menor porcentaje a distribuir capacitación de controlar las enfermedades transmisibles y las infecciones por el VIH/SIDA en el gobierno local como el distrito de San Ramón. En cambio, otras capacitaciones tales como reducir la mortalidad materna, reducir el embarazo en adolescentes y reducir la mortalidad infantil tienen un mejor resultado ya que el riesgo en esos temas es más grave.

Por otro lado, la región Junín ha planeado el desarrollo del sistema regional de gestión de recursos humanos: taller, capacitación, seminario para mejorar su nivel profesional en el área de salud. En tal razón, ellos no tienen una consideración óptima de tiempo para dedicar una buena educación a la población. Aunque sea tener la educación pública a la población, la mayoría de la educación se puede terminar superficialmente. Obviamente la capacitación por los proveedores en salud también se debería considerar como una parte del mejoramiento de sistema público, sin embargo, si no hay consideración en el equilibrio con otra parte por la población, el sistema público se puede inclinar a un lado.

Según el plan anual de trabajo ESNITSS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA) de Red de Salud Chanchamayo, se puede ver que la clasificación depende del grupo de edad, sexo, riesgo del VIH/SIDA y condición con sífilis y hepatitis B a tratar el VIH/SIDA. Sin embargo, asimismo la falta de recursos humanos del área de tratamiento del VIH/SIDA y ITS, los sectores de salud en la

provincia de Chanchamayo se encuentran en la dificultad para entregar una buena calidad de la educación a la población.

De acuerdo con los resultados esperados de Red de Salud Chanchamayo, se desea que la población general acuda a los diversos sectores de salud con voluntad propia y cuente con su diagnóstico del VIH/SIDA y ITS. Desde la visita de ellos, se puede garantizar el TARGA, prueba del VIH, tratamiento precoz, atención, entrega condón y planificación familiar gratuitamente. Sin embargo, mayormente solo se termina el diagnóstico del VIH/SIDA de los visitantes del hospital y micro redes, es decir que luego no hay un tratamiento a largo plazo para erradicar el comportamiento y riesgo del VIH/SIDA.

Como se ha mencionado anteriormente, a pesar de que el derecho de salud es para todas las personas, tiene tendencia a que sea solamente por el biomédico o sea por los sectores de salud. Sin embargo, los sectores de salud tampoco pueden por sí mismos solucionar la prevención del VIH/SIDA, aunque la mayoría de autoridades de salud piensa que esa área es muy bien implementa y cumple profesionalmente.

Según explica la UNESCO,

“cada vez era más patente que aun si los mensajes de prevención eran intelectualmente bien comprendidos, no eran suficientemente interiorizados como para provocar los cambios requeridos en el comportamiento de las poblaciones” (Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, 2003)

Por lo tanto, los sectores de salud deberían considerar concertación y coordinación con otros sectores ya que la epidemia del VIH/SIDA no concierne solamente al sector médico. desde este punto, se pregunta a los sectores públicos y privados que tienen la capacidad de comunicación y enseñanza para dar educación a la población. El gran obstáculo por concertación y coordinación es la carencia de la comunicación con población general. Teniendo en cuenta que niños, niñas y adolescentes tienen mayor riesgo de contagio del VIH, la educación debería focalizar según los grupos de edad. Sin

embargo, en su mayoría, las organizaciones creen que el problema de las enfermedades de transmisión sexual o el VIH/SIDA son un tema personal y privado.

Mostrando como una meta física y operativa del programa de Red de Salud Chanchamayo en 2018 es lo siguiente: En el caso de brindar educación, existe un programa para 56 familias sobre promover en las familias practicas saludables para la prevención del VIH/SIDA y el programa para 259 personas de la población informada sobre medios de difusión masiva sobre prevención y uso adecuado del condón y entregar el mensaje de prevención. También hay actividad de consejería para adultos y jóvenes varones informados. Por otro lado, en el aspecto de tratamiento, se ofrece sobre infecciones de transmisión sexual tratamiento según guías clínicas es gran mayor porcentaje de todas las actividades para 87 personas atendidas.

En el caso de capacitación para 394 adolescentes quien son informados en espacios comunitarios y redes sociales y otro es para 236 instituciones educativas por comunidades realizan vigilancia comunitaria en favor de entornos y practicas saludables y la prevención del VIH/SIDA, sin embargo, hay muy poco porcentaje de todas las actividades.

Entonces todos nosotros deberíamos preguntarnos cómo dirigir y brindar una educación más eficaz e interesante para todas las poblaciones incluyendo los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. La educación relativa al VIH/SIDA se puede dividir en dos categorías por los siguientes: educación preventiva y educación de tratamiento del VIH/SIDA.

Primero, para mejorar la educación preventiva se requieren actividades que den información y generen comunicación con la población. La educación puede llevarse a cabo de manera externa de las instituciones educativas, y vinculando la cooperación entre el sector educativo y sus familias. También los sectores públicos, instituciones religiosas y la comunidad pueden desempeñar para entregar los mensajes a la población. El contenido de la educación preventiva relacionada al VIH/SIDA debe incluir materias

como la igualdad entre los sexos, actitudes de autocuidado de la salud en los jóvenes y los adultos, conocimiento del respeto entre parejas, moral a los enfermos del VIH/SIDA, conocimiento de las formas efectivas de prevención, intercambio afectivo entre familia, amigos y parejas etc.

Segundo, para mejorar la educación en el tratamiento del VIH/SIDA a la población se requiere la enseñanza adecuada, técnica y solucionada por el nivel de las personas generales. Esa educación debería pensar cómo atraer la participación voluntaria de PVVS o las personas que tienen el riesgo del VIH/SIDA.

“La preparación de las comunidades con respecto a los tratamientos antirretrovirales contribuirá a reducir la carga del sistema público de atención de la salud, a infundir ánimo al personal de los servicios de salud y a reducir la estigmatización, y podría infundir positivamente en la prevención del VIH/SIDA” (Mandeep, 2002).

Como he dicho anteriormente, cuando la educación sirve a los miembros de la comunidad, los educadores, los trabajadores sanitarios y otros interesados pueden participar activamente para aprender y enseñar a los otros grupos, y así también pueden dirigir el acceso a la terapia antirretroviral. Las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales e incluso empresa privada pueden participar para organizarse y fortalecer los programas de educación para el tratamiento de la enfermedad.

#### **4.1.2. FACTORES CULTURALES**

La investigación de los factores culturales requiere de una adaptación profunda con respecto a la cultura y mucho tiempo de dedicación. En el caso de la observación participante, esta es una investigación cualitativa y su herramienta es la adaptación de vivir en la sociedad y la cultura. La cultura también se transmite a través de la observación (Phillip, 2006). Mientras se interna en la cultura, se puede recolectar información, interpretarla y analizar su comportamiento, percepción, mitos y creencias de las personas del lugar de estudio. A diferencia de ello si se desea tener una investigación más exacta y clara, es necesario aplicar una encuesta o búsqueda de datos. Claro está que para este tipo

de metodología se demanda conocer su lengua con mucha fluidez e interpretar bien lingüísticamente, además se debe considerar la equivalencia entre la fuente original de la cultura y el reflejo de los contenidos de la encuesta o cuestionario (Beaton, 2000).

Si se conoce bien la lengua y una buena interpretación, no se escatima tiempo y esfuerzo, y a la vez se evitan comparaciones erróneas en el resultado final del análisis frente a otras culturas (Beaton, 2000). Por lo tanto, dicha metodología ayuda a satisfacer las necesidades por las personas que pretenden expresar algo.

En el aspecto antropológico, se necesita un concepto claro de cultura y que desde hace mucho tiempo se ha utilizado como una herramienta para comprender al ser humano.

“[...] aunque los individuos difieren en sus tendencias y capacidades emocionales e intelectuales, todas las poblaciones humanas poseen capacidades equivalentes para la cultura (Phillip, 2006).”

En este trabajo se debe considerar la interpretación de la sexualidad como parte de la cultura en vez de la biológica con respecto al sexo. A pesar de la similitud como seres humanos hay diferentes formas y comportamientos sobre la sexualidad a través de las diversas culturas. Por lo tanto, es indispensable prestar interés a las conductas sexuales, la expresión de la sexualidad y sus significados en distintos contextos sociales e históricos, sin embargo, hay pocos antropólogos que pueden formalizar teorías acerca del desarrollo de la sexualidad y de la identidad de género (Nieto, 2003).

Con esa noción, se anhela profundizar el estudio de los factores culturales en la transmisión de VIH/SIDA. Debido a la aparición y posterior evolución del SIDA, cuando la antropología toma interés en la sexualidad (Nieto, 2003).

#### **4.1.2.1. ABUSO FÍSICO Y SEXUAL Y VIOLENCIA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL VIH/SIDA**

##### **1) ABUSO FÍSICO Y SEXUAL**

Las interacciones entre el VIH/SIDA y la violencia de género son numerosas y tienen consecuencias graves para la salud y el desarrollo humano, particularmente de las mujeres adultas, adolescentes y niñas. Diversas investigaciones han mostrado una relación positiva entre las experiencias de violencia sexual y doméstica y la infección por el VIH/SIDA. Asimismo, algunos estudios relevan un incremento de la violencia en la vida de las personas VIH positivas, particularmente las mujeres, asociado a su condición de infectadas. Las vulnerabilidades que se relacionan con la infección por VIH/SIDA y los episodios de violencia en la vida de las mujeres están vinculadas con la falta de empoderamiento de las mujeres.

La infección por VIH/SIDA puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de violencia sexual, y de manera indirecta, debido a la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras. La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH/SIDA:

- Más del 36% de las niñas y el 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región. (OPS/OMS, 2003).
- Hasta una tercera parte de las adolescentes en la región ha sufrido una iniciación sexual forzada. (OPS/OMS, 2002).
- En algunos países casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia por parte de su pareja. (OPS/OMS, 2002).
- 90% de niñas peruanas entre 12-16 años que dieron a luz fueron embarazadas por violación, frecuentemente por incesto (UNFPA, SWP 1997).
- El tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es factor de la propagación del VIH/SIDA. La explotación sexual de adolescentes, niñas y



mujeres adultas es una de las formas más extendidas de violencia de género debido a las altas tasas de sexo forzado en mujeres.

- Las mujeres tienen las posibilidades reducidas de negociar el sexo protegido y el uso del condón.

Un estudio con datos de distintos países del mundo, coloca a Perú como el país con la mayor tasa anual de denuncias de violación sexual en Sudamérica. Esto es un problema particularmente grave para las jóvenes, ya que cuatro de cinco denuncias notificadas a la Policía Nacional del Perú corresponden a menores de edad. Los principales perpetradores de casos de violencia contra los menores son familiares o personas del entorno cercano. Sin embargo, también las relaciones de pareja constituyen, en buena medida, un entorno de violencia. El 25% de mujeres unidas de 15–19 años ha sufrido violencia física y 3% violencia sexual, por parte de su última pareja, cifra que asciende a 70% para el caso de violencia psicológica o verbal.

## **2) VIOLENCIA FAMILIAR**

La ratificación por el Estado peruano de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW – y, en el ámbito regional, de la Convención Interamericana para erradicar la Violencia contra la Mujer, dio lugar a que se inicie un proceso paulatino de armonización de la legislación nacional con las normas internacionales en lo que corresponde al problema de violencia contra la mujer. La Constitución peruana contiene una relación de derechos fundamentales de los cuales son titulares todas las personas, varones y mujeres, sin discriminación por razón de sexo. El artículo 2° de la Constitución Política precisa que “toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física, y a su libre desarrollo y bienestar...”. El numeral 24.h del mismo artículo señala que “nadie debe ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni sometido a tortura o a tratos inhumanos o humillantes”. Igualmente, el artículo 2° numeral 2 reconoce el derecho de las personas a

la igualdad, prohibiéndose todo acto de discriminación por razón de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole. Estos derechos vinculan a los órganos jurisdiccionales a interpretar las disposiciones jurídicas en el sentido de priorizar la protección de los derechos fundamentales de las víctimas de violencia familiar por encima de otros intereses concurrentes.

En este contexto se promulgó en 1993 la Ley N° 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, destinada a abordar el problema de la violencia al interior de la familia estableciendo una política pública para enfrentarla. La ley tiene una naturaleza tuitiva cuyo objeto es brindar medidas de protección para las víctimas.

La ley define la violencia en el ámbito familiar como “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual que se produzcan entre: a) cónyuges, b) ex cónyuges, c) convivientes, d) ex convivientes, e) ascendientes, f) descendientes, g) parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, h) quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales y h) quienes hayan procreado hijos en común, independientemente de que convivan o no al momento de producirse la violencia.”

La violencia doméstica (incluyendo la violencia sexual) no está ausente a lo largo del proceso migratorio de muchas personas, principalmente mujeres jóvenes y niñas. Se sabe que, durante dicho proceso, las personas víctimas de violencia doméstica, se encuentran especialmente vulnerables ante la ausencia de vínculos familiares e institucionales que les puedan brindar apoyo. Dichas situaciones brindan un marco propicio para la infección con el VIH.

#### **4.1.2.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL**

##### **1) PROMISCUIDAD Y PAREJAS MÚLTIPLES**

Según explica la escritora estadounidense Susan Sontag, “[...] señala que como mayor riesgo no es la promiscuidad sino una determinada costumbre, considerada contra natura.” Es decir que, si una persona tiene una costumbre arriesgada por la causa del VIH/SIDA, sus múltiples parejas también pueden ser contagiadas por él. Especialmente donde el VIH se percibe como un signo de promiscuidad sexual, el estigma es mucho más opresivo para la mujer que el hombre (ONUSIDA, 2000).

Se entiende que el término de la palabra promiscuidad es la perversión sexual y tiene una imagen muy negativa. De cualquier razón debido a la promiscuidad la sociedad no permite indulgencia así que, el acto de la promiscuidad se ve oculta no solo para homosexuales sino también heterosexuales. Por tal razón y conciencia social, algunos tienen fantasías sexuales promiscuas con ansia y curiosidad, así como el interés para superar el tabú de este acto en la sociedad.

En todo el mundo existe promiscuidad y las parejas múltiples, por lo que no es un fenómeno de hoy en día, sino que, todo lo contrario, ya que hay antecedentes históricos. Sin embargo, después del apareamiento del SIDA en el mundo, en la década de los años 80, se partió por reflexionar en los comportamientos causantes del VIH/SIDA. Desde ahí numerosos estudios, investigaciones, campañas y promociones se han puesto en marcha para buscar los factores riesgosos y así se obtuvieron conocimientos, con las que se puede afrontar el VIH/SIDA. Aunque este no sea VIH/SIDA, se tiene gran posibilidad de aumentar de contagio de la infección de transmisión sexual, por lo tanto, puede afectar física y mentalmente.

Sin embargo, en el distrito de San Ramón, en la provincia de Chanchamayo hay numerosos casos de promiscuidad y parejas múltiples a pesar de tener pareja y familia. Por ende, se observan las causas de promiscuidad y el hecho de tener parejas múltiples a través de un estudio empírico.

Según un estudio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Instituto Guttmacher del 2017, solo el 9% de estudiantes encuestados de 15-17 años de 61 escuelas secundarias en tres zonas diferentes geográficamente y culturalmente tales como Lima (costa), Ayacucho (sierra) y Ucayali (selva) recibieron enseñanza sobre todos los temas que conforman la educación sexual integral. Asimismo, el 39% de ellos desea aprender el tema del comportamiento sexual (Motta, 2017). Los adolescentes buscan orientadores y consejeros para tratar bien su comportamiento sexual, sin embargo, el gobierno o la sociedad no conoce la demanda a profundidad y desde perdiendo la oportunidad de conocerlos bien.

En primer lugar, se debe ver el fenómeno social del distrito de San Ramón, sosteniendo que dicha sociedad todavía no tiene una conciencia de riesgo de la promiscuidad y parejas múltiples. Sobre todo, la falta de la conciencia moral, por lo tanto, aunque los hombres y las mujeres tengan parejas múltiples y haya promiscuidad sexual, no se puede perder la reputación social ya que la sociedad piensa que este tipo de comportamiento sexual es una parte privada, propia de cada individuo o entre parejas. De otro punto, el tener múltiples parejas sexuales o parejas simultáneas, hace de suponer que se posee un buen estado económico llegando este a sentir reconocimiento y admiración por otras personas.

Esta idea es generalmente admitida por la sociedad o la comunidad el cual se puede reflejar en la población. Para identificar los comportamientos sexuales detallados, se puede clasificar en tres grupos como los siguientes: Adolescente promiscuo, hombre promiscuo y mujer promiscua.

En el caso del adolescente promiscuo las causas son la curiosidad, la inmadurez y la falta de interés o actividades de ocio. Esto suele suceder entre los adolescentes y esta práctica se puede pasar a través del rol de la masculinidad para así conocer como tener relaciones sexuales con las mujeres en esta etapa, ellos son propicios a cambiar sexualmente su actividad y lividez y hasta pensar y ver como un juego sexual entre ellos.

Por ello se forma una inadecuada ideología del sexo y ocasionar diversos problemas mentales.

De otro lado, está el hombre promiscuo, el cual ocupa el mayor porcentaje del comportamiento de promiscuidad. Sus variadas causas son: conquista sexual, fantasía sexual, tener nuevas experiencias sexuales, por pura curiosidad, insatisfacción con su pareja, diversión temporal como un ocio, sin importar la pérdida de reputación social, la necesidad de reconocimiento y admiración por encima del amante.

Finalmente, está la mujer promiscua, que de la misma manera también tiene la fantasía de una sexualidad con varias personas, así como la búsqueda de nuevas experiencias sexuales, también sólo curiosidad y búsqueda de la satisfacción sexual con otra pareja.

Además de todo lo mencionado y considerando aquellos inmigrantes de otros lugares a la provincia de Chanchamayo, que son trabajadores y cambiaron su residencia por motivos laborales y profesionales, es de mencionar que una de las causales de promiscuidad e infidelidad, porque origina problemas entre las relaciones de pareja por la falta de responsabilidad en mantener y cuidar el amor que se hace peyorativo cuando se separa los cuerpos en una pareja.

## **2) CULTURA Y SEXUALIDAD EN EL PERÚ**

“Existe un gran vínculo entre la sexualidad y la salud reproductiva. La aparición de la epidemia del VIH creó una conciencia sobre la necesidad de tocar a la sexualidad de forma franca y directa. Los programas de prevención del VIH pueden y deben incluir a discusión las prácticas sexuales, las parejas, las relaciones, el poder y el uso del condón para que tengan éxito” (OMS, 2006).

La sexualidad se puede mostrar a través de la expresión y para su investigación de ella se necesita de la formación del comportamiento sexual a través de los factores complejos de la vida. A través de la sexualidad, se puede construir adecuadamente la educación sexual y reproductiva a los residentes del distrito de San Ramón.

Si se forma bien la sexualidad, también se puede prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, aborto inseguro, infertilidad, violencia de género, disfunción sexual y discriminación por orientación sexual (OMS, 2006).

El sexo en el antiguo Perú se vinculó con la fecundidad de la tierra y ese rito solicitaba a la naturaleza la fecundidad de los numerosos animales y plantas para los seres humanos (Kauffmann-Doing, 2001). Es decir que el ser humano también fue visto como una parte de la naturaleza y el sexo por sí mismo se dio significado del acto sexual de los seres humanos como una razón profunda de la naturaleza. Por lo tanto, el Perú antiguo tuvo conciencia de que el sexo y la sexualidad son una corriente de la naturaleza y se siente agradecimiento a la naturaleza por proveer la reproducibilidad. Asimismo, se puede ver que el sexo fue una parte profunda de la sociedad. Sin embargo, como se ha mencionado antes el sexo es una parte de la naturaleza, la sexualidad es un tema libre.

Según explica el profesor peruano Carlos Gamero Esparza, los hallazgos arqueológicos han permitido observar que existe una llamativa iconografía reproductiva.

“Entre el primer milenio A. de C. y el siglo IX de nuestra Era, aproximadamente, existía el arte erótico y fue hombre eminentemente religioso, temeroso de las fuerzas de la naturaleza, adorador de los astros, supersticioso y fetichista, y además un gran creativo como pocos” (Esparza, 2005).

El arte erótico se describe representando como escena sexual entre hombre y mujer e incluso existe acto promiscuo entre más de dos personas. Asimismo, se ve el arte erótico mostrado en el genital masculino. Teniendo en cuenta una creencia en la que se puede obtener la fuerza milagrosa natural, por lo tanto, se llega a pensar que fue una manera de expresión para mantener el poder real de esa época.

Supongo que en esa época no había nada que suprimía la libertad de expresión de la sexualidad, ya que hay numerosas obras de arte erótico en arcilla que describen el realismo en los comportamientos sexuales. Sin embargo, siempre hubo un motivo social o político vinculado a la fuerza espiritual a través de la naturaleza.

Por otro lado, hoy en día se ve la sexualidad en la parte de la selva del Perú, ubicándonos en el distrito de San Ramón, ya que el Perú se divide en tres regiones geográficas y cada región tiene una cultura propia y distinta. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (OMS, 2006). Entonces, ahora qué se tiene un significado simbólico de la sexualidad, ¿qué creencia predominante se tiene sobre la sexualidad en el distrito de San Ramón?

En la selva peruana se sabe que la vida sexual es más activa que en otras partes, si comparamos la capital y el distrito de San Ramón, ya que en dicho distrito se inicia la primera relación sexual a más temprana edad que en la zona de la costa y sierra. Según el dato de la INEI del 2014, el 42% de los peruanos tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años y en la selva antes de los 17 años. Es decir que en la selva es preocupante la relación sexual precoz debido a su constante aumento.

La sexualidad entre las personas en el distrito de San Ramón, no tienen un buen conocimiento de sexualidad y en su mayoría solo es vista como diversión y satisfacción personal. Es decir que el mayor objetivo de la sexualidad es solo el placer sexual al individuo. Tal definición de sexualidad está bien dicha, ya que la carencia de buena formación de sexualidad está relacionada a la falta de conocimiento, falta de conciencia del sexo y de identidad de género entre las personas.

La sociedad de la provincia de Chanchamayo, es decir, el distrito de San Ramón, tiene un fenómeno social que demuestra atraso con respecto a sexualidad. Incluso en la familia y las parejas no existe una conversación significativa sobre sexualidad y sus sensaciones reales. Puesto que la sexualidad se forma a través de la expresión, por lo tanto, para formar una buena sexualidad entre parejas debería compartirse el deseo, sentido, emoción, gusto etc.

A pesar de la realidad actual, aun no se construye un diálogo de sexo y sexualidad en público y se siente vergüenza. En la sociedad, todavía existe tanto prejuicio que no se

hablan estos temas abiertamente. Especialmente la mayoría de las mujeres no comparten entre amigas, familia y pareja sobre su sexualidad ni experiencias sobre relación sexual. Más bien se forma la conversación sobre la apariencia física de hombre.

A menudo entre hombres se conversa el deseo de sexualidad en forma de broma o sin importancia alguna. Es decir que hoy día en el distrito de San Ramón, el sexo no se trata de manera tan seria y especialmente los hombres piensan que la mujer es objeto de conquista y posesión en un espacio vacío física y emocionalmente. Esa ideología se puede traspasar hacia compañeros de un mismo grupo de edad y se extiende como una moda entre adolescentes, jóvenes y hasta adultos. Los hombres cuentan su historia de hazaña sobre su experiencia sexual con pareja a sus amigos, sienten orgulloso de sí mismo. Por otro lado, muchas mujeres consideran la apariencia física o estado económico de un hombre como característica principal de la elección de una pareja y la mayoría tiene una actitud pasiva hacia un hombre. De tal manera sucede que la sexualidad se satisface solo como una necesidad de sexo entre parejas en diferentes edades sin contar con el sentimiento de amor.

En el hecho de que la sexualidad es un concepto tremendamente difícil para conocer y expresar porque la mayoría de las personas no quieren hablar sobre su propia sexualidad o lo más probable es que no conozcan el término de sexualidad, por lo tanto, no es muy común hablar sobre sexualidad en el público o incluso en privado. Aunque sea difícil y complicado conocer bien su sexualidad, es difícil encontrar alguien que satisfaga su verdadera demanda, así que a menudo se adapta a la realidad en la vida sin intentarlo con seriedad. Se puede decir que lo practican con mucha felicidad y de manera más relajada y simple.

Eso se puede interpretar que el sistema moral de esa sociedad no actúa bien y por el contrario esta deja un cargo de responsabilidad de cuidar un concepto de sexualidad en las personas, por lo tanto, cada individuo debería ajuiciar el criterio de su sexualidad y se puede llegar al sensualismo oscuro y escondido.



Según explica el plan local de seguridad ciudadana del 2018 del distrito de San Ramón, presenta las intervenciones más resaltantes del 2017 y menciona que se sucedieron 228 casos de violencia familia, violencia de mujeres, hombres y menores de edad (21.78%) y 22 casos de exhibiciones obscenas, actos contra el pudor y violación sexual.

Asimismo, la sociedad del distrito de San Ramón no tiene capacidad a proteger el derecho sexual de los residentes. Si no concibe una buena relación entre sexualidad y la salud sexual, se puede provocar vulnerabilidad y riesgo relacionado con el cuerpo.

### **3) ALCOHOL Y ACTIVIDAD SEXUAL**

“El impacto de orden cultural de las situaciones socioeconómicas desastrosas se ven con claridad en las nuevas subculturas emergentes, enraizadas en los cinturones de miseria y marginalidad que rodean a las grandes ciudades en todas partes del mundo. Esas «contraculturas», con sus propias prácticas, coexisten estrechamente con la violencia pública y privada, la venta y el abuso de drogas, el alcoholismo, las conductas sexuales irresponsables. Se trata pues de zonas y de grupos sociales altamente expuestos a la contaminación del VIH/SIDA” (UNESCO, 2003)

Según la estadística de intervenciones de seguridad de policía en el distrito de San Ramón, hubo 604 casos de consumo de alcohol a menores y consumo en vía pública durante el año 2017. Asimismo, 46 casos son por problemas de consumo de alcohol y drogas entre niños y adolescentes dentro y fuera de horario escolar. Es de notar que hay bastante alcoholismo en los adultos con un mayor porcentaje entre los problemas sociales. Existen grandes problemas sociales en el distrito de San Ramón, sin embargo, los problemas referidos siguen aumentando.

“Las actitudes de los hombres en relación con la sexualidad y las conductas de riesgo aumentan su vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual, la paternidad temprana, los accidentes

y los homicidios. Así mismo, existen otros factores que crean vulnerabilidades entre ciertos grupos de adolescentes varones, por ejemplo: el consumo de alcohol, drogas [...]” (OPS, 2013).

En el caso del distrito de San Ramón, suceden conductas de riesgo vinculados con el consumo de alcohol y desde ahí se ocasionan otros problemas de riesgo. Por ejemplo, el consumo de alcohol o alcoholismo tiene relación con la violencia familiar, violencia sexual, abuso infantil, embarazo adolescente, robo, perturbar la tranquilidad pública, accidentes de tránsito etc. En la actualidad se suscita una serie de problemas sociales con mucha frecuencia en el distrito.

En primer lugar, hay que considerar bien el aspecto cultural del consumo de alcohol y conocer las causas principales en el distrito de San Ramón. Dado el incremento de la población y el proceso de urbanización de los espacios locales, también se ha incrementado los problemas sociales seculares como son la prostitución, la delincuencia, el alcoholismo (Municipalidad provincial de Chanchamayo, 2013).

En el aumento de consumo de alcohol se puede explicar que a medida que avanza el nivel económico se mejora la expectativa del nivel de vida de las personas las cuales tiene un acceso más fácil al alcohol industrial en el supermercado. Asimismo, como una característica propia de dicha localidad se presencia una serie de eventos sociales y fiestas costumbristas entre familias y amigos, por lo tanto, en esas situaciones siempre se consume alcohol. A los hombres y mujeres de todas las clases les gusta mucho relajarse y divertirse con el consumo de alcohol y ese acto es sinónimo de actividad de ocio. El acto del consumo de alcohol a sí mismo es una herramienta para evitar el estrés y disfrutar el momento temporal. Muchas personas consumen alcohol con el hecho de que el ideal no concuerda con la realidad y prefieren sobrepasar un momento vulnerable, aunque sea tan mal momento algunos sienten complejos de inferioridad.

El consumo de alcohol refleja un fenómeno social y cultural de una sociedad y especialmente la urbanización se puede ver como un gran motivo para ello. A medida que un distrito está más urbanizado que antes se puede entender que hay un mayor desarrollo local, sin embargo, ni en el distrito ni en la provincia de Chanchamayo no existe algún

lugar para desarrollar actividades productivas y participar significativamente. Por lo tanto, la demanda de adolescentes y jóvenes se puede reducir, ya que están siguen el patrón de padres, vecinos y adultos sobre actividades de ocio, por ejemplo, el consumo alcohol. La carencia de programas recreativos también puede ser un motivo de acercamiento al alcohol. Por su parte el gobierno local considera lo siguiente:

“Es importante también tener en cuenta que el mencionado plan tiene una serie de actividades debidamente presupuestadas las que están orientadas a educar, prevenir y sensibilizar a la población en general en el tema de seguridad ciudadana, a fin de que nuestro distrito goce de paz y tranquilidad el cual es un derecho fundamental de la persona” (Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2017).

También, la carencia de un plan de intervención por parte de las autoridades puede ser otro gran motivo del consumo de alcohol. Según el dato del plan de desarrollo concertada de la provincia de Chanchamayo, por esa razón, la población juvenil quien ocupa un aproximado del 48.32% de la población le falta las ofertas de empleo, por lo que en su mayoría de éstos dedican su tiempo a la violencia y drogas. Además de que la mayoría de los padres de familia dedican su trabajo al campo por temporadas largas ya sea por temas de cosecha de café, frutas y productos agrícolas descuidando de una buena orientación hacia sus hijos sobre las conductas morales, por ende, los adolescentes y jóvenes consumen alcohol sin el impedimento de alguien.

En la provincia de Chanchamayo, no existe una regulación de venta de bebidas alcohólicas, por lo tanto, niños y adolescentes pueden acercarlas más fácil. Según explica el dato del Censo Nacional XI de Población y IV de Vivienda 2007, un 46% de las viviendas consumen alcohol con frecuencia, un 41% de la delincuencia es debido al alcohol y el 13% de pandillaje consume alcohol con frecuencia (INEI, 2008).

Por lo tanto, debido al consumo de alcohol entre las parejas se puede tener conductas sexuales de riesgo, tales como múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, relación con trabajadoras sexuales y sexo a cambio (Chincha, O., 2008). El consumo de alcohol hace las personas pierdan el juicio correcto sobre conductas

sexuales y desde ahí siempre sale los problemas sexuales y se puede ser el factor riesgo por el VIH/SIDA.

En la provincia de Chanchamayo aún no se cuenta con una buena conciencia entre el consumo de alcohol y el VIH/SIDA llegando a creer que esa hipótesis es excesiva. Sin embargo, hay bastantes resultados preocupantes de conductas sexuales riesgosas por el consumo de alcohol, por esto es inevitable dejar de considerar los grupos vulnerable tales como niños, niñas, adolescentes, jóvenes, huérfanos, huérfanas, mujeres, HSH, discapacitados etc. Es decir que la sociedad del distrito de San Ramón puede llegar a tener problemas más graves psicosociales asociados con el consumo del alcohol. Como ha mencionado la municipalidad distrital del San Ramón, esta se debería dedicarle tiempo e interés en solucionar la orientación del consumo del alcohol en las dimensiones para los residentes y la sociedad en general.

#### **4.1.2.3. PERCEPCIÓN, MITOS Y CREENCIAS EN EL VIH/SIDA**

##### **1) PERCEPCIÓN EN EL USO DEL PRESERVATIVO**

Según el contexto cultural, el nivel de la percepción en el uso del preservativo difiere de otro dependiendo del lugar y país. En el distrito de San Ramón, por ejemplo, aún existe la creencia tradicional sobre la identidad de género para el sexo femenino. En dicho distrito, lo femenino tiene gran rol por parte de la maternidad y el hecho de tener hijos es un rol obligatorio de la sexualidad de la mujer. Por lo tanto, desde mucho antes, los residentes del distrito de San Ramón han tenido la percepción de que la fecundidad natural es un regalo de Dios o del cielo propiciando embarazos inesperados. Los hombres también han preferido al acto sexual a lo natural, desde ahí ellos han deseado tener prosperidad familiar.

Sin embargo, hoy en día el coito a través del acto sexual natural es sinónimo de acto sexual sin protección al cuerpo o acto sexual sin planificación. En los tiempos actuales, las personas tienen planes de matrimonio y de tener hijos. Por consiguiente, el

uso de preservativos ha tenido buenos resultados en cuestión de planificación familiar a los ciudadanos.

Desde luego que hoy en día, la sociedad del distrito de San Ramón está cambiando y formando una intensa interdependencia entre el progreso económico y el cambio cultural. Según explica el economista estadounidense Hoselitz, en dicha sociedad encontraremos países económicamente menos desarrollados en la actualidad con una extraña ambigüedad que parece ser el resultado de una parcial incompreensión (Hoselitz, 1952).

En la provincia de Chanchamayo, es inevitable que hoy en día la sociedad requiera convivir la creencia tradicional y moderna y, desde ahí provoca dilema, conflicto, diferente sensación, rechazo, confusión, desorden de nueva creencia y percepción.

Desde el punto de vista de una sociedad moderna, la ideología tradicional sobre la relación sexual sin preservativos es totalmente opuesta a la protección del cuerpo, es decir esa ideología parece ser muy opuesta al plan eficiente, progresivo, futurista y calculado. En realidad, el distrito de San Ramón no tiene una costumbre de pensar hacia un futuro a largo plazo, es decir antepone el hábito de considerar el presente. Obviamente también su costumbre tiene característica incomparable y peculiaridad propia, ya que siguen manteniendo su propia costumbre. Se puede decir que ellos prefieren el aspecto de naturalidad en vez de conducta artificial.

Sin embargo, se debería considerar entre la creencia tradicional sobre el uso de preservativo y sus influencias. Si se puede ser un gran obstáculo o impedimento incontrarrestable por las influencias negativas, se puede cambiar su procedimiento de creencia tradicional o desconocimiento, porque dicha creencia tiene una relación estrecha con los comportamientos sexuales y se refleja a las conductas sexuales indeseables.

Debido al surgimiento del VIH en el mundo hoy en día, se inició a enfatizar la protección del cuerpo entre parejas. En el distrito de San Ramón hay muchas mujeres que han venido sufriendo de infecciones de transmisión sexual por largo tiempo. Recientemente se han descubierto la incidencia de enfermedades de transmisión sexual

en esa zona, por lo tanto, el gobierno ha implementado el proyecto de prevención de la salud sexual con el sector salud hasta a las provincias lejanas a la capital de Lima.

Así mismo también se ha descubierto la alta incidencia del VIH/SIDA en ese lugar, en contraposición con la zona metropolitana en el Perú, se está incrementando los casos de VIH e ITS. Especialmente las poblaciones vulnerables por encontrar educación e información sobre la prevención de salud sexual sufren influencias negativas. Además, se tiende a que la mayoría de las personas consultan al médico y se hacen un chequeo después de hallarse expuestos a la infección de transmisión sexual.

Actualmente el gobierno ha llevado a cabo su planificación de salud sexual por largo plazo y reconoce la gravedad de la situación de educación de salud sexual. Sin embargo, teniendo en cuenta de las diversas culturas de cada región, provincia y distrito, el gobierno se ha encontrado con varias dificultades.

En el caso del distrito de San Ramón, no es muy común considerar la contracepción entre pareja y la confianza que la contracepción es contra naturaleza. Así como tener muchos hijos es sinónimo de tener fertilidad natural y la iglesia católica también a menudo transmite énfasis de métodos naturales aprobados a planificación familiar. Por lo tanto, la esterilidad es considerada como una gran desventaja, y el aspecto más significativo de la existencia de una mujer es su papel de madre en los modelos de vida sexual de las parejas en América Latina (UNESCO, 2003).

Con ese sentido, la esterilidad también es considerada como una importante parte de la elección de una pareja durante la vida en esa zona. Por ejemplo, sucede frecuentemente que los hombres abandonan a su pareja porque es estéril, originando motivos de divorcio o separación conyugal. Los hombres consideran que la esterilidad es sinónimo de perder la sexualidad femenina y la reproducción familiar.

Esa creencia o percepción ha tenido una gran influencia en la ideología de las mujeres y ellas pueden tener miedo a perder su pareja. Por lo tanto, el uso de anticonceptivo es un método al caso infértil entre parejas y se inclinan por un método más natural. Teniendo en cuenta que la fertilidad de las mujeres tiene una estrecha relación

con su edad, en el distrito de San Ramón hay mujeres jóvenes casadas o convivientes con muchos hijos.

Igualmente, se puede interpretar que en la sociedad de San Ramón todavía existe la realidad de que el hombre tiene más poder y autoridad que la mujer en la relación sexual ya que el uso de anticonceptivo se determina dependiendo del hombre. Por lo tanto, la fecundidad o la capacidad de reproducción de la mujer es una gran característica principal, así como también la apariencia física para considerar a sus parejas.

Por esa razón, el rol de las mujeres está limitado, dado que, tienen que compaginar su trabajo como amas de casa, embarazos y mantener la reproducción familiar. Luego en el siguiente paso, este tipo de rol puede influir en características y comportamientos femeninos.

En esa zona hay un fenómeno entre mujeres jóvenes que es la de tener hijos, por lo tanto, en etapa de los 25 años muchas mujeres deciden voluntariamente adelantar su maternidad. A pesar de que el rol de la mujer joven ha cambiado mucho, todavía hay muchas mujeres que optan por vivir entorno al cuidado de su hogar, marido y sus hijos. Es claro que también hay mujeres que compaginan su trabajo o estudio con sus hijos, sin embargo, la mayoría de las mujeres desean tener hijos a una edad más temprana voluntariamente.

Sin embargo, hay muchas mujeres que tienen hijos sin pareja o esposo, aunque tienen, así como hombres casados con otra mujer u otras parejas o amantes. Así como existen mujeres casadas o tienen su amante, aunque están casada o tiene su pareja. De todas maneras, hay muchos casos de hombres que tienen amantes más de una sola vez, aunque no se permite a una persona estar casada con varios individuos al mismo tiempo (Lévi-Strauss, 1974). En el Perú no se permite la poligamia legalmente, sin embargo, sucede de generación en generación hasta hoy en día.

A parte del tema de las creencias tradicionales como la fertilidad natural y esterilidad, hay otra razón sobre la ocasión de no usar preservativos. La relación sexual ocasional es un caso. Mientras estar en fiesta, discotecas, reuniones con amigos y amigas,

ocurre con frecuencia tener relaciones sexuales solo pensando en la atracción físico y el deseo del placer sexual. Entonces en ese momento no se considera mucho el uso de preservativo. Ese encuentro ocasional sin el uso preservativo se puede vincular a la práctica sexual irresponsable. Especialmente los jóvenes aceptan esa aventura ocasional para disfrutar el momento, así como también muchos adultos que tienen familias también les pasa ese divertimento de encontrar una pareja ocasional. Entre las parejas también ocurre esa misma situación y no siempre se usa o no se sabe el riesgo sin usar preservativo.

Asimismo, especialmente a los hombres, el sentimiento de vergüenza puede ser causado por el rechazo del uso preservativo. Los mayores tienden a sentir ese sentimiento más que los jóvenes por falta de costumbre en comprar o adquirir un preservativo.

## **2) PERCEPCIÓN DE LA INVULNERABILIDAD**

Percepción de la invulnerabilidad por el VIH significa que no tiene la percepción del riesgo por el VIH. Debido al surgimiento de tal enfermedad infecciosa, la mayoría de las personas ya saben que aquella enfermedad puede conllevar muchos fallecimientos velozmente. Actualmente las cifras de la incidencia del VIH/SIDA está expandiéndose incontrolablemente y el día de hoy aquella ha sido un riesgo de contaminación por los seres humanos.

Sin embargo, el VIH/SIDA se considera que no tiene relaciones mutuamente con nosotros, más bien tiene conciencia que el VIH/SIDA se considera que ocurre en otros países lejanos u otros grupos más vulnerables. Es decir que el sentimiento sobre el VIH/SIDA no nos llega al corazón profundamente, aunque tenemos el conocimiento del fenómeno de aquella enfermedad.

Igualmente, ocurre esa percepción entre la mayoría de las personas en el distrito de San Ramón. Nadie piensa que tiene la probabilidad de tener el VIH/SIDA, aunque la incidencia del VIH/SIDA está alrededor y cerca de ellos.



Por ejemplo, la mayoría piensa con respecto a sexualidad que puede manejar y controlar bien, ella depende de las conductas sexuales por lo tanto tiene la confianza de prevenir algo de ese riesgo durante la relación sexual. En base a ese pensamiento, el VIH/SIDA no es considerada ya que ellos poseen una gran confianza sobre su capacidad de prevención por los factores riesgosos. Es decir, aunque no utilizan preservativos durante los actos sexuales, siguen teniendo una confianza sólida. Ellos por sí mismo eliminan la posibilidad de riesgo desde el principio de la relación sexual imposibilitando formar el VIH/SIDA entre ellos. Es decir que dicha enfermedad es muy controlable para ellos y que cada individuo puede juzgar y diagnosticar las ocasiones del VIH/SIDA como el rol de un médico.

Entonces nos preguntamos si sus estrategias y sus pensamientos siempre coinciden con las maneras de prevención del VIH/SIDA. ¿La fiabilidad sobre tal confianza entre ellos es bastante confiable? ¿Nuestra percepción de control del VIH/SIDA es hasta cuándo podemos tener confianza? Este tipo de interrogación es muy profunda ya que se está poniendo en duda la racionalidad sobre la capacidad de control de los seres humanos.

Por otro lado, se puede relacionar con los estereotipos del VIH/SIDA. Las personas se ven diferentes a las personas que tienen el SIDA y dese ahí se pueden provocar esos estereotipos.

“Aunque se sienten a su vez más invulnerables para contraer la enfermedad, pero el efecto de esta variable sobre la ilusión de invulnerabilidad es cualitativamente diferente en función del sexo y del hecho de tener o no una relación de pareja estable” (Rojas-Murcia, 2015).

Especialmente los hombres creen que se puede prevenir el riesgo del VIH/SIDA con su control y esa creencia viene de la educación basada en axiomas tales como “un hombre de verdad no se pone enfermo” (ONUSIDA, 2000). Por lo tanto, esa creencia sostiene que el VIH/SIDA es para otras personas más débil que él mismo. Obviamente todas las personas creen que ellos están bien de salud y no tendrán gran problema en la salud. Sin embargo, existe una gran invulnerabilidad por el VIH/SIDA, aunque no se saben cómo pueden prevenir adecuadamente el VIH/SIDA.

En el caso de las mujeres también tienen conciencia de la invulnerabilidad, sin embargo, por parte de los factores biológicos, las mujeres reconocen que están delicadas de la infección vaginal la cual tienden a tener mucho más miedo del VIH/SIDA que los hombres. A pesar de la fragilidad física de las mujeres, ellas también no dejan las probabilidades de que pueden ser infectadas del VIH/SIDA.

Para prevenir el SIDA, el cambio de conductas es necesario, pero está siendo muy complejo debido a la infravaloración de los riesgos (Rojas-Murcia, 2015). Mientras teniendo relaciones sexuales, solo se considera el placer sexual y los beneficios inmediatos, dejando que las personas pierdan el conocimiento y la percepción de riesgo del VIH/SIDA. Según explica la profesora estadounidense Shelly Elizabeth Taylor, las autoevaluaciones excesivamente positivas, las percepciones exageradas de control o dominio y el optimismo poco realista son características del pensamiento humano normal (Taylor, S. E., 1988). Desde esa percepción se puede ayudar a las personas por su salud mental, con un pensamiento positivo hacia su futuro.

Sin embargo, en el caso del VIH/SIDA, conlleva causas graves consecuencias durante la vida. Una infección del VIH, es muy difícil de recuperarse sin tratamiento, aunque es definitivo y crucial de que el SIDA es una sentencia de muerte.

Las personas esperan que los demás sean víctimas de la desgracia, no ellos mismos y tales ideas implican no solo una perspectiva esperanzadora de la vida, sino un error de juicio que puede calificarse de optimismo irreal (Weinstein, 1980). Es decir, que nuestro juicio sobre la creencia de invulnerabilidad también puede ser equivocada y que todas las personas tienen posibilidad al contagio del VIH/SIDA.

A menudo las personas relacionan que la enfermedad es afectada a la persona que tiene algunos problemas de moral, pecado, vida desordenada y salud frágil, vinculado este como un resultado final del fracaso de vida. Especialmente muchas personas implican que el VIH es una enfermedad moral en la que tiene un sentido metafórico y luego se evalúan a las personas infectadas por el VIH/SIDA socialmente. Según menciona la escritora estadounidense Susan Sontag, juicios estéticos acerca de lo bello y lo feo, lo

limpio y lo sucio, lo familiar y lo extraño o pavoroso subyacen en algunos de los juicios morales vinculados con la enfermedad. Por lo que el VIH ya no es mortal sino es considerada como una infección crónica controlable.

Ese significado de infección crónica controlable es sinónimo de que el SIDA es una enfermedad tratable en el sector salud. Por lo tanto, se debería distinguir bien de que el control del SIDA no es igual a que los individuos puedan controlar sus conductas, puesto que el control no es igual a la prevención del VIH/SIDA.

Suponiendo de que el VIH/SIDA causa un gran impacto público, la creencia de la invulnerabilidad puede ser una herramienta de protección así mismo. Así pues, esa reacción es reflejada sobre el presente comportamiento de las personas del distrito de San Ramón. Un optimismo infundado respecto a los acontecimientos negativos también se puede observar a través de las personalidades de las personas de San Ramón (Sánchez-Vallejo, 1998). En realidad, la mayoría de ellos son muy optimista y a menudo no pueden advertir el nivel de gravedad del estado de salud por si solos. Por esta razón visitan al hospital tan tarde después de agravarse la enfermedad. Por tal, esta es interpretada de que la percepción de la invulnerabilidad no concibe la ilusión positiva.

### **3) PERCEPCIÓN DEL VIH Y SIDA**

El término de la percepción, según el filósofo Maurice Merleau-Ponty, “la percepción no es una ciencia del mundo, ni siquiera un acto, una toma de posición deliberada, es el trasfondo sobre el que se destacan todos los actos y que todos los actos presuponen” (*Phenomenology of perception*, 2013). Nuestra imaginación se refleja y se forma de nuestro juicio y pensamiento sin darnos cuenta. Por lo tanto, la imaginación de cada sujeto se forma a través de las ideas específicas y se puede aclarar con diferente formación depende de cada sujeto. Por ejemplo, si hay un mismo objeto delante de un grupo de las personas, cada persona percibe e interpreta diferente a través de su experiencia específica, prejuicio, pensamiento, sensación y sentido etc.

Así a través de varios factores, nosotros podemos tener una percepción e imaginación que ha sido formado de la percepción específica, la cual se puede gravar en

nuestro cerebro fijamente, aunque se puede cambiar la primera impresión o primera imaginación. Es a través de la propia existencia, la cual no puede separarse de la consciencia de existir, que el mundo se ordena en torno mío (Angulo, 2017).

Por lo tanto, se puede decir que, para conocer la percepción del VIH y SIDA, debería revisarse prejuicio, sensación, sentido, imagen, estereotipos y pensamiento del VIH/SIDA de la población del distrito de San Ramón. En primer lugar, la mayoría de las personas tienen el prejuicio de que los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) ponen en riesgo y son la causa fundamental. En lo profundo del prejuicio se puede encontrar un asunto de discriminación de grupos tales como los HSH, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas pobres o personas sucias etc. Pero es de notar que en el distrito de San Ramón no se encuentra tal discriminación entre personas, sin embargo, dentro de la población se forman grupos semejantes socialmente.

El prejuicio puede ser definido como “una actitud de rechazo o de hostilidad contra una persona que pertenece a un grupo, sencillamente, porque ella pertenece a tal grupo, y, por lo tanto, se presume que tiene las características negativas atribuidas al grupo (Allport, 1954). Muchas personas cuidan sus palabras y actitudes frente a los otros grupos, y también fingen su verdadero pensamiento para mantener una buena imagen ante los demás.

El prejuicio no se puede eliminar sin esfuerzo de comprender a alguien o algo. Por ejemplo, el VIH/SIDA se reconoce que puede contagiarse por compartir el vaso, darse la mano, besarse, abrazarse, por saliva, sudor, tos, lágrima. Asimismo, la mayoría tiene la percepción que las personas infectadas por el VIH/SIDA pueden contagiar al ambiente de trabajo, escuela y familia. Desde ese prejuicio, las personas pueden alejarse de ellos como una manera de rechazo invisible. En el caso del distrito de San Ramón, el nivel de educación o el nivel de conocimiento no son considerables factores para tener dicho prejuicio.

Por otro lado, hay otro prejuicio de que el VIH/SIDA es una enfermedad anormal. Actualmente no hay que denominar a la enfermedad normal o anormal, sin embargo,

dentro del prejuicio profundo se considera que el VIH/SIDA tiene una característica definida en forma subjetiva. Es decir, que el punto de vista subjetivo refleja al prejuicio y puede hacer que el VIH/SIDA sea una enfermedad rara o desagradable. Por lo tanto, la denominación deliberada para él se puede reflejar directamente a las personas infectadas. En consecuencia, las personas infectadas pueden ser sinónimos de personas raras y desagradables en una mirada subjetiva.

Asimismo, el SIDA puede ser un sinónimo de muerte, aunque el día de hoy demuestra que más de 35 millones de vidas se ha cobrado (OMS, 2018). A pesar de la promoción favorable del VIH/SIDA a través de varios áreas domésticas e internacionales, la imagen del SIDA hace pensar que se trata de una enfermedad mortal totalmente incurable (UNESCO, 2003). Especialmente la imagen con respecto al contagio de sangre de una persona a otra persona puede dar temor a las personas. Por lo tanto, las personas infectadas son vistas como vehículos de una enfermedad capaz de dar muerte a otras personas (UNESCO, 2003). Tal percepción de VIH provoca mal imagen al VIH y SIDA incluso personas seropositivas.

Por otro lado, se produce el estereotipo con respecto al concepto del VIH/SIDA, de que el VIH es lo mismo que el SIDA. Muchas personas suelen confundir que son sinónimos debido a la infección por el VIH. Una persona que está expuesto al virus y luego infectada con VIH, , no necesariamente puede desarrollar al SIDA. A pesar de que no son iguales, la mayoría no tiene intención de distinguir la diferencia entre ellos. Por lo tanto, se puede desplegar como lo siguiente: Al mismo tiempo, ambos se consideran como un mismo impacto de riesgo que pueden compartir un elemento vulnerable.

Asimismo, hay otro estereotipo negativo de que las personas sin educación son más probables a la infección por VIH/SIDA. A decir verdad, que en el distrito de San Ramón no hay gran diferencia de incidencia de la infección por él entre las personas educadas y no educadas, ya que la adquisición del conocimiento o la información del VIH/SIDA no señala que las personas educadas no tienen estereotipo negativo. Ese problema del estereotipo se puede interpretar de que la mayoría de las personas tienen

algún conocimiento limitado o información inadecuada. También se puede ver que la mayoría no recibe educación sexual propiamente.

Inmoralidad también puede ser sinónimo del VIH/SIDA. Las personas que tienen alta percepción de dicha mención piensan que el VIH/SIDA solo ocurre entre la pareja que tiene relación inconstante, de homosexuales o relación sexual con trabajadora sexuales. Es decir, las personas mencionadas también pueden ser personas inmorales. Especialmente el VIH/SIDA tiene imagen con las normas éticas y morales porque se refleja en comportamientos y conductas sexuales de pareja. sobre todo, el gran impacto es que la sociedad también hace cargo a las personas infectadas dando culpa moral.

Finalmente se puede mencionar la estigmatización con respecto al VIH/SIDA. La estigmatización es el resultado final del rechazo desde la sociedad. Las personas seropositivas no son aceptadas como personas normales y de ahí también se puede asociar a la desesperación. Así como las percepciones negativas del VIH/SIDA está latente en la sociedad en el distrito de San Ramón.

#### **4) ROLES DE GÉNERO Y MACHISMO**

En cuanto a este asunto, muchos estudios disponibles evidencian que el sentimiento de superioridad del hombre y el machismo son considerados como los principales peligros por el VIH y el SIDA desde el punto de vista de las tradiciones culturales (UNESCO, 2003). Los países de América Latina también incluyen y enfatizan la masculinidad a los hombres y distinguen los roles entre el hombre y la mujer.

Así, en el libro “El género en disputa” de filósofa Judith Butler, una frase que ejemplifica esta característica de tal sociedad, dice lo siguiente:

“Según las estructuras elementales del parentesco, el objeto de intercambio que refuerza y distingue las relaciones de parentesco son las mujeres, que un clan patrilineal ofrece como regalo a otro a través de la institución del matrimonio.”

Como ha sido mencionado anterior, en el distrito de San Ramón existe una percepción fuerte de que las mujeres existen para cumplir sus papeles de maternidad por

parte de la fecundidad natural de Dios. En el caso de las personas con sexo masculino se identifican como el líder o el sujeto de la pareja o la familia.

Sin embargo, cuando la masculinidad se utiliza implacablemente a la violencia sexual, violencia familiar, abuso sexual, discriminación del género, es inevitable intervenir sobre la conciencia errónea en cuanto a los roles de género. Como un ejemplo de mal uso de la masculinidad es lo siguiente:

“Los hombres asumen una práctica sexual flexible en relación a los cuestionamientos morales, mantienen por lo general intensa actividad sexual y se estructuran de forma que tienen dominio sobre la mujer, sostenidos a partir de valores hegemónicos de la sociedad, o sea, viven “de acuerdo con los papeles destinados al género masculino, reproduciendo un estereotipo que lo coloca en situación de riesgo” para la infección VIH” (Evangelista, 2007; Mota, 1998).

Se puede ver que la masculinidad se exhibe como una herramienta de poseer las mujeres en la sociedad en donde la masculinidad constituye un valor predominante del individuo y de la comunidad (UNESCO, 2003). La superioridad masculina y su parcial satisfacción de la necesidad sexual pueden provocar desigualdad de género totalmente.

Aunque el Perú está mejorando su índice global de igualdad de género por la parte de mejora de las mujeres en la economía, aún hay gran diferencia de roles de género entre hombres y mujeres. Por lo tanto, gran porcentaje de mujeres transita por la vida como ama de casa y muchas mujeres jóvenes viven como madres.

En cambio, los hombres se sienten más libre y tienen la intención que se le dan la prioridad al placer sexual masculino más que mujeres. A pesar de que el placer sexual no es solo para los hombres sino también para las mujeres. Un modo de distracción o divertimento a través de la relación sexual siempre conlleva la responsabilidad sexual, sin embargo, muchos hombres no consideran ello con las mujeres.

Las mujeres por su parte, se sienten menos libres por el embarazo, la obligación de maternidad y la del trabajo doméstico en su casa, por lo tanto, pueden sentirse más preocupadas respecto a la relación sexual. El contexto simbólico del cuerpo de la maternidad como un significado del rol y la identidad de género en conexión con la transmisión vertical (Grimberg, 2003).

Incluso, la incertidumbre de las actitudes y comportamientos entre hombres y mujeres sobre el motivo de la relación sexual puede ocasionar pérdida de responsabilidad sexual.

En el hecho que desde que nacen las mujeres no aprenden cómo planificar su vida donde puedan conocer otros placeres de la vida y no solo la relación sexual con pareja. Aquí hay una mención que sostiene dicho hecho como el siguiente:

“La creación de la “feminidad” en las mujeres en el curso de la socialización es un acto de brutalidad psíquica (...) La teoría psicoanalítica de la feminidad ve el desarrollo femenino como basado en buena parte en el dolor y la humillación, y hace falta bastante esfuerzo y fantasía para explicar cómo puede alguien disfrutar de ser mujer [...]” (Lamas, 2013).

El proceso de adoptar una identidad de género diferente a la asignada al momento del nacimiento generalmente lleva a la expulsión del hogar, la escuela y la sociedad en general (Harold Estrada-Montoya, 2010). Por lo tanto, se puede considerar que el rol de feminidad determinada en el distrito de San Ramón ha formado una percepción de que maternidad tiene valor en el rol femenino.

Los roles de género obligatoriamente han sido definidos y determinados deliberadamente, llegando a pensar lo siguiente:

“La heterosexualización del deseo exige e instaura la producción de oposiciones discretas y asimétricas entre «femenino» y «masculino», entendidos estos conceptos como atributos que designan «hombre» y «mujer»” (Butler, 2007).

Por lo tanto, la identidad de género del sexo masculino debe ser bien considerada. El criterio del rol de lo masculino determinada dentro de la sociedad puede tener errores, estereotipos, prejuicios, obligaciones sociales para cumplir normas en la sociedad y la ideología de machismo es un ejemplo del rol masculino.

Por tal razón de dicha definición, “En la cultura del machismo, la vida sexual del hombre es libre, mientras que la de la mujer cuando tiene relaciones sexuales y de qué forma las tienen - está sometida a los dictámenes de su marido o pareja” (Shedlin, 1999).



Así que el machismo puede impedir las conductas femeninas y controlar las relaciones sexuales, por ejemplo, puede negar a la mujer el uso del preservativo y determinar injustamente la vida sexual entre pareja. La mayoría de las mujeres del distrito de San Ramón mantienen una relación sexual bajo el control de sus parejas. En el peor de los casos es cuando los hombres muestran su machismo para obligar a las mujeres a tener relaciones sexuales, aunque ellas no estén de acuerdo (Shedlin, 1999). Este tipo de irresponsabilidad de relaciones sexuales puede provocar las conductas sexuales con otra mujer, trabajadoras sexuales y a la promiscuidad.

Desde ahí, aunque los hombres creen que su esposa o pareja es fiel, sus parejas también se pueden contagiar por VIH/SIDA a razón de sus conductas indiscretas. Asimismo, la idea de que su esposa o pareja debe ser fiel es una manera de pensamiento de machismo, es decir que los hombres obligan la fidelidad a mujeres y luego desean ser garantizado su fidelidad de las relaciones sexuales moralmente.

En cuanto al concepto de género, la «unidad» del género es la consecuencia de una práctica reguladora que intenta uniformiza la identidad de género mediante una heterosexualidad obligatoria (Butler, J. 2007). Para redefinir el concepto de género, primero se necesita responsabilidad de la sociedad ya que la sociedad diferencia el rol de lo masculino de lo femenino, por lo tanto, puede influir el construcción y desarrollo de la ideología a la población.

En definitiva, la reorganización de los conceptos del rol de género y el asunto de machismo puede mejorar la percepción, creencia, falta de entendimiento del otro sexo, estereotipos, prejuicios con respecto a la identidad de género de las personas. Asimismo, con aspecto antropológico, es necesario dar importancia al estudio de la identidad de género de lo femenino tal como la siguiente frase sostenida

“Pero el problema no es sólo que la Antropología haya sido construida como cuerpo teórico por varones que han ido a buscar informantes de sexo masculino, olvidando la perspectiva de la mitad femenina de la especie, que no podía fabricar sus propias teorías y que, como posteriormente se ha visto, ha mostrado un interés mucho mayor en estudiar mujeres (Carranza, 1997).”

## 4.2. RESULTADOS CUANTITATIVO

### BREVE DE RESULTADO

Los resultados se refieren acerca de los factores sociales y culturales en la transmisión de VIH/SIDA en el distrito de san ramón, provincia de Chanchamayo, Perú contemplados en el cuestionario realizado a los habitantes del Distrito de San Ramón.

En el segundo apartado se realizó la comprobación de las cuestiones planteadas en el trabajo de investigación.

### 4.2.1. ANÁLISIS

#### RESULTADOS DE GUÍA DE ENCUESTA

**TABLA 1: SEXO DE LOS ENCUESTADOS**

|           | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|-------------------|----------------------|
| Femenino  | 180        | 47,9              | 47,9                 |
| Masculino | 196        | 52,1              | 100,0                |
| Total     | 376        | 100,0             |                      |

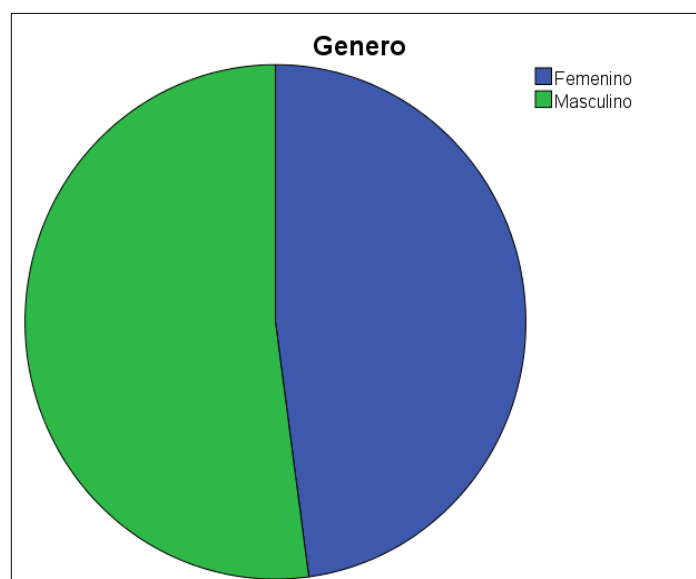
#### ANÁLISIS:

En la tabla 2 se detalla que en la muestra seleccionada de la población del Distrito de San Ramón según el sexo son 52.1 % (196) masculinos y 47.9% (180) femeninos.

**INTERPRETACIÓN:**

Predomina el sexo masculino.

**GRAFICO N°1: Sexo**



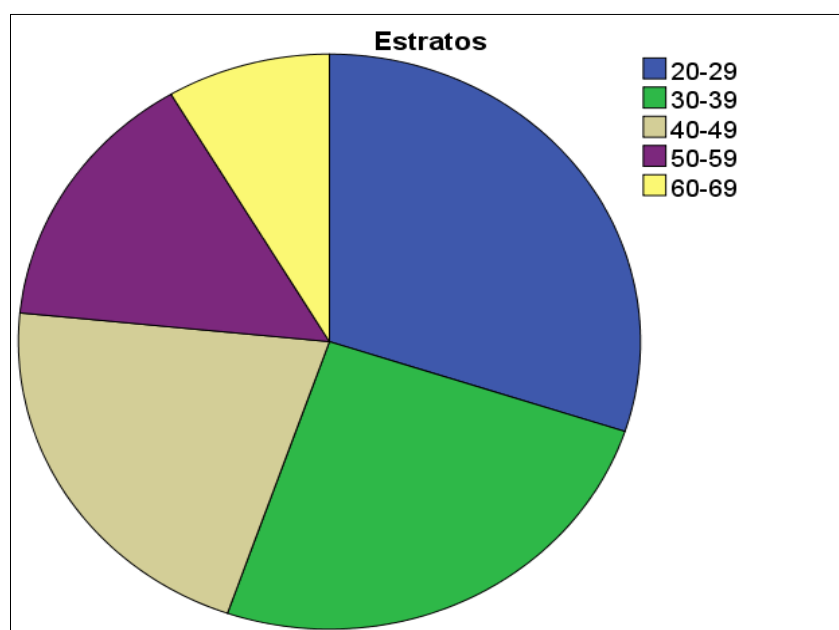
**TABLA 2: EDAD DE LOS ENCUESTADOS**

|       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|----------------------|
| 20-29 | 113        | 30,1       | 30,1                 |
| 30-39 | 95         | 25,3       | 55,3                 |
| 40-49 | 80         | 21,3       | 76,6                 |
| 50-59 | 56         | 14,9       | 91,5                 |
| 60-69 | 32         | 8,5        | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0      |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 2 se detalla la edad de las personas encuestadas en la que 30.1% (113) están entre los 20 - 29 años, 25.3% (95) son entre 30 - 39 años, 21.3% (80) son entre 40 - 49, 14.9% (56) son entre 50 - 59 y 8.5% (32) son entre 60 - 69.

**INTERPRETACIÓN:** Casi la tercera parte de las personas encuestadas son entre 20 y 29 años de edad, es decir que en el distrito de San Ramón predominan más jóvenes.

**GRAFICO N°2: Edad en el Distrito de San Ramón**



**TABLA 3: OCUPACION DE LOS ENCUESTADOS**

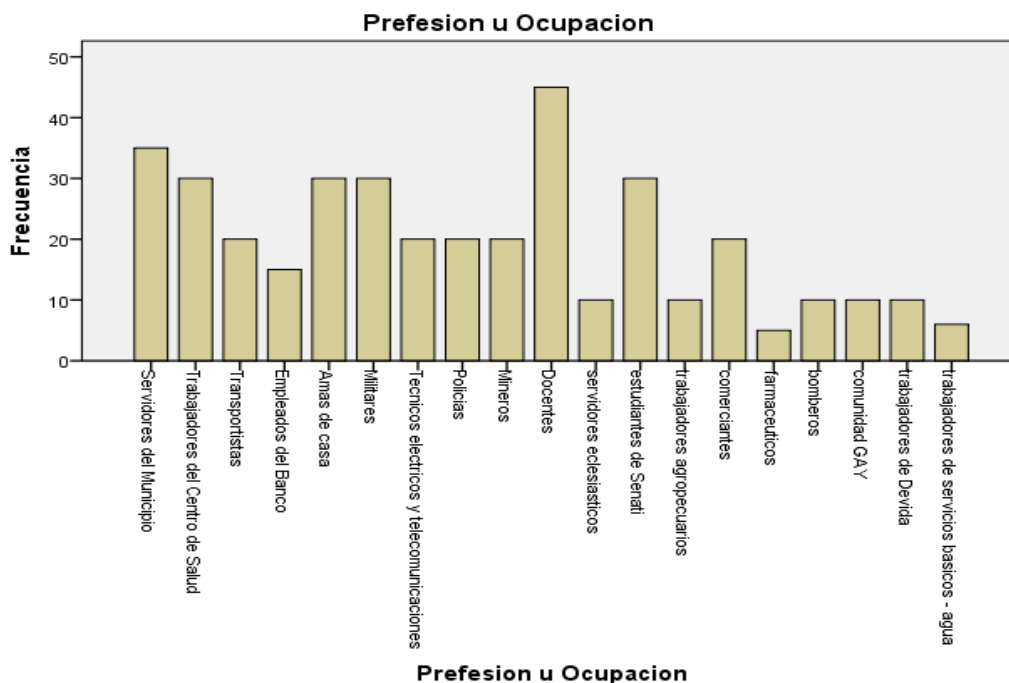
|   | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|-------------------|----------------------|
| Servidores del Municipio  | 35         | 9,3               | 9,3                  |
| Trabajadores del Centro de Salud  | 30         | 8,0               | 17,3                 |
| Transportistas  | 20         | 5,3               | 22,6                 |
| Empleados del Banco   | 15         | 4,0               | 26,6                 |
| Amas de casa  | 30         | 8,0               | 34,6                 |
| Militares   | 30         | 8,0               | 42,6                 |
| Técnicos eléctricos<br>y telecomunicaciones   | 20         | 5,3               | 47,9                 |
| Policías  | 20         | 5,3               | 53,2                 |
| Mineros   | 20         | 5,3               | 58,5                 |
| Docentes  | 45         | 12,0              | 70,5                 |
| Servidores eclesiásticos  | 10         | 2,7               | 73,1                 |
| Estudiantes de SENATI (Servicio<br>Nacional de Adiestramiento en<br>Trabajo Industrial) | 30         | 8,0               | 81,1                 |
| Trabajadores agropecuarios  | 10         | 2,7               | 83,8                 |
| Comerciantes  | 20         | 5,3               | 89,1                 |
| Farmacéuticos   | 5          | 1,3               | 90,4                 |
| Bomberos  | 10         | 2,7               | 93,1                 |
| Comunidad GAY   | 10         | 2,7               | 95,7                 |
| Trabajadores de DEVIDA<br>(el Desarrollo y Vida sin Droga)                              | 10         | 2,7               | 98,4                 |
| Trabajadores de servicios básicos -<br>agua   | 6          | 1,6               | 100,0                |
| Total   | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 3 se detalla la ocupación de las personas encuestadas en la que 9.3% (35) son servidores del municipio, 8.% (30) son trabajadores en Salud, 5.3% (20) son transportistas, 4% (15) son empleados en entidades financieras, 8% (30) son

amas de casa, 8% (30) son militares, 5.3% (20) son técnicos eléctricos y telecomunicaciones, 5.3% (20) son policías, 5.3% (20) son mineros, 12% (45) son docentes, 2.7% (10) son religiosos, 8% (30) estudiantes, 2.7% (10) son agrónomos y agropecuarios, 5.3% (20) son comerciantes, 1.3% (5) son farmacéuticos, 2.7% (10) son bomberos, 2.7% (10) son pertinentes a la comunidad Gay, 2.7% (10) son trabajadores de DEVIDA (entidad que lucha con la droga) y 2.7% (10) son trabajadores de servicios básicos (Empresa de Agua EPS).

**INTERPRETACIÓN:** Se puede precisar que en la mayoría de los encuestados estos desempeñan funciones de Docencia en las instituciones educativas, seguridad de personas o servidores públicos en el municipio, centros de salud, y por ultimo estudiantes, militares y amas de casa.

**GRAFICO N°3: Ocupaciones en el Distrito de San Ramón**



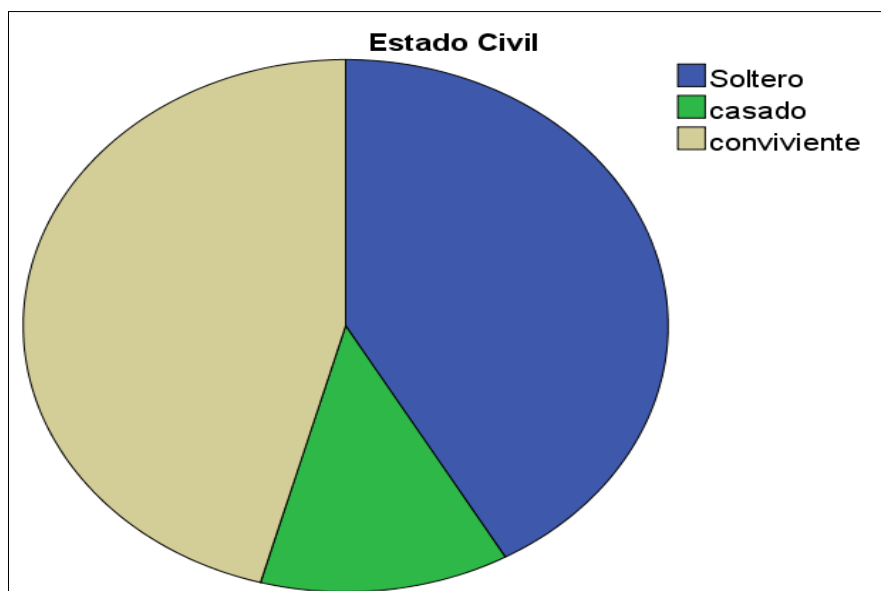
**TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS**

|             | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|-------------------|----------------------|
| Soltero     | 157        | 41,8              | 41,8                 |
| Casado      | 47         | 12,5              | 54,3                 |
| Conviviente | 172        | 45,7              | 100,0                |
| Total       | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS:** En la tabla 4 se detalla el estado civil de las personas encuestadas en la que 41.8% (157) son solteros, 12.5. % (47) son casados y 45.7% (172) son convivientes.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede observar que casi la mitad de las personas encuestadas prefieren convivir o seguir manteniendo su soltería, asimismo son muy pocas las personas que optan por casarse

**GRAFICO N°4: Estado Civil en el Distrito de San Ramón**



**TABLA 5: ORIGEN DE NACIMIENTO POR REGIONES**

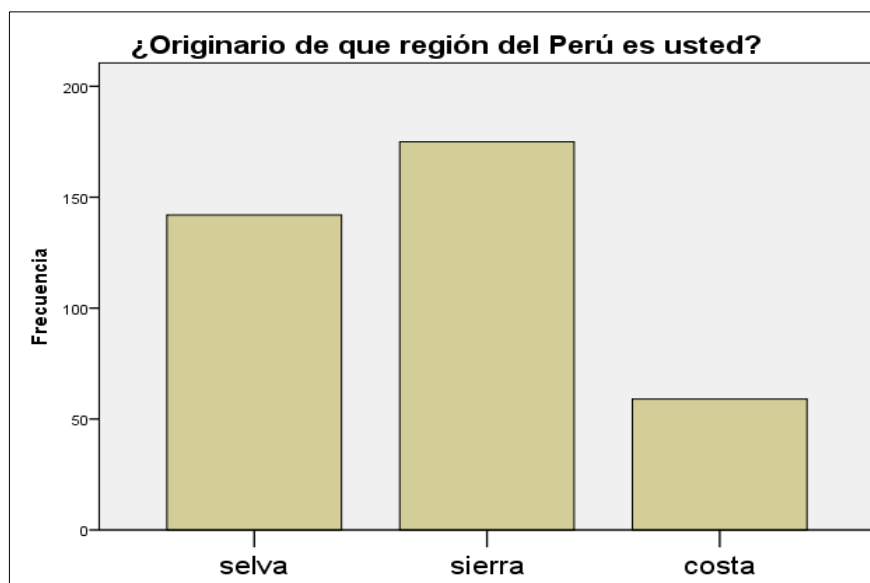
**¿Originario de que región del Perú es usted?**

|        | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|-------------------|----------------------|
| selva  | 142        | 37,8              | 37,8                 |
| sierra | 175        | 46,5              | 84,3                 |
| costa  | 59         | 15,7              | 100,0                |
| Total  | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 5 se refleja que en un 37.8 % (142) de las personas encuestadas son de la región selva, el 46.5% (175) son de la sierra y 15.7. % (59) son de la costa.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede observar que casi la mitad de las personas encuestadas son originarias de la sierra, dando por entendido que en el Distrito de San Ramón migraron muchas personas de la región de la selva.

**GRAFICO N°5:**





**TABLA 6: PERSONAS CHANCHAMAINAS**

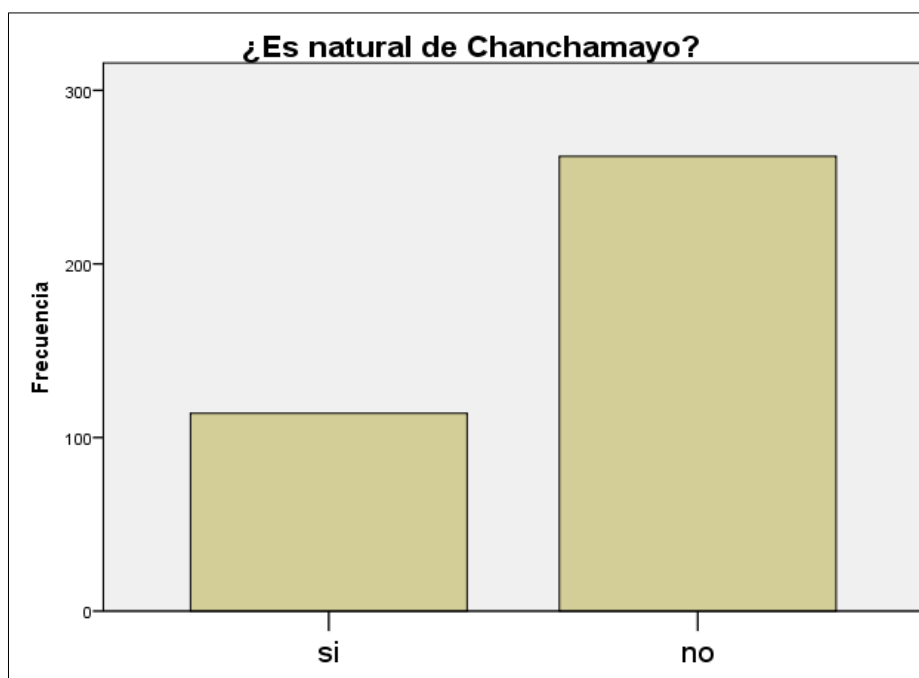
**¿Es natural de Chanchamayo?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 114        | 30,3              | 30,3                 |
| no    | 262        | 69,7              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 6 se visualiza la naturalidad chanchamaina de las personas encuestadas en la que 30.3% (114) si son de Chanchamayo y el 69.7% (262) no son de naturalidad chanchamaina.

**INTERPRETACIÓN:** Más de la mitad de las personas encuestadas no son de naturalidad chanchamaina, es decir muchos de estos encuestados han migrado a este distrito.

**GRAFICO N°6:**



**TABLA 7: RAZONES DE MIGRACION**

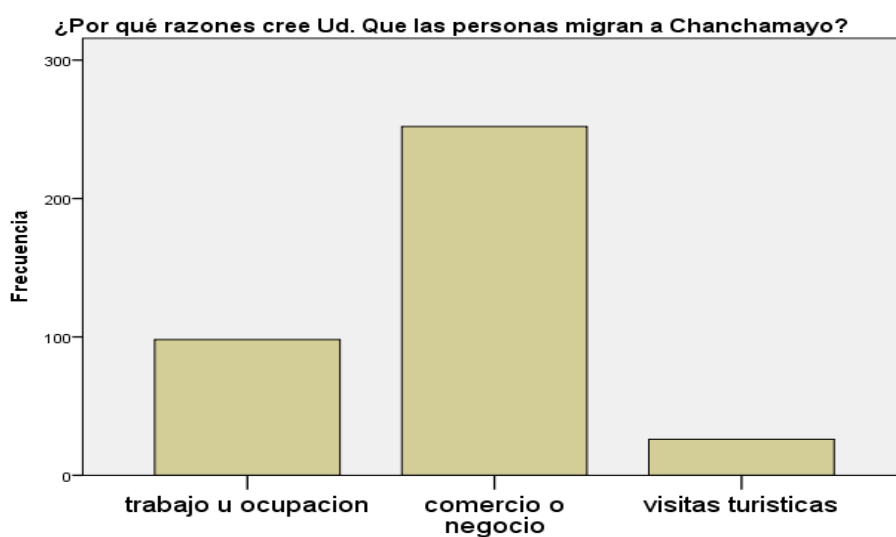
**¿Por qué razones cree Ud. ¿Que las personas migran a Chanchamayo?**

|                     | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| trabajo u ocupación | 98         | 26,1              | 26,1                 |
| comercio o negocio  | 252        | 67,0              | 93,1                 |
| visitas turísticas  | 26         | 6,9               | 100,0                |
| Total               | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 7 se detalla las razones por las se migra a Chanchamayo, de las personas encuestadas el 26.1% (98) es debido a trabajo u ocupación, 67. % (252) por comercio o negocio y 6.9% (26) por visitas turísticas.

**INTERPRETACIÓN:** en su mayoría más de la mitad de las personas encuestadas creen que la migración a Chanchamayo es debido a comercio o negocio, es decir es una de las actividades que más desarrollan las personas en este distrito.

**GRAFICO N°7:**



**TABLA 8: EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL**

**¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?**

|                 | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|-------------------|----------------------|
| 12 años a menos | 55         | 14,6              | 14,6                 |
| 13 o más años   | 321        | 85,4              | 100,0                |
| Total           | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 8 se puede reflejar a que edad las personas encuestadas tuvieron su primera relación sexual, en la que 14.6% (55) fueron de 12 años a menos y 85.4. % (321) fueron de 13 a más años.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede deducir que la mayoría de los encuestados tuvieron su primer acto sexual a partir de los 13 años en adelante y un 14.6 % antes de los 13 años, porcentaje que merece una reflexión.

**GRAFICO N°8:**



**TABLA 9: USO DE PRESERVATIVOS EN EL PRIMER ACTO SEXUAL**

**¿En esa primera relación usaron preservativo?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 23         | 6,1               | 6,1                  |
| no    | 353        | 93,9              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 9 se describe que, en esa primera relación sexual, los encuestados que usaron preservativo son el 6.1% (23) y el 93.9% (253) no usaron preservativo.

**INTERPRETACIÓN:** Según lo manifestado en las tablas, se deduce que casi el 100 % de las personas encuestadas no usaron preservativos en su primer acto sexual.

**GRAFICO N°9:**



**TABLA 10: OPINION DE MAYOR INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN JOVENES**

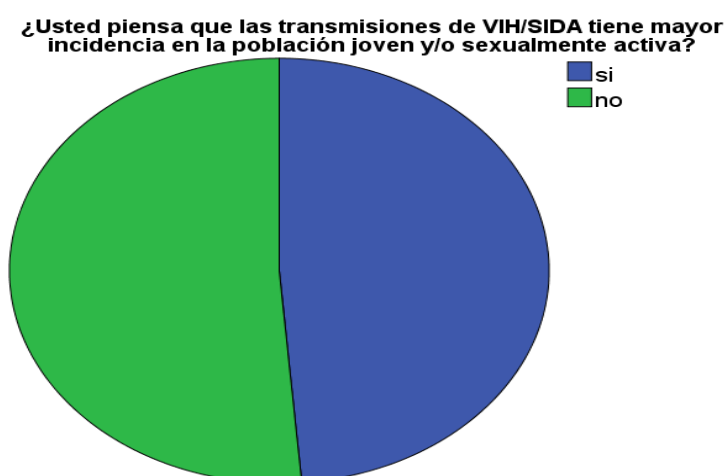
**¿Usted piensa que las transmisiones de VIH/SIDA tiene mayor incidencia en la población joven y/o sexualmente activa?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 183        | 48,7              | 48,7                 |
| no    | 193        | 51,3              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 10, las personas encuestadas en un 48.7% (183) piensan que las transmisiones de VIH/SIDA inciden más en los jóvenes que son sexualmente activos a lo que el 51.3% (193) no piensa de la misma manera.

**INTERPRETACIÓN:** La mitad de las personas encuestadas piensa que la incidencia del VIH/SIDA es en su mayoría en la población joven sexualmente activa, mientras que la otra mitad difiere con ello.

**GRAFICO N°10:**



**TABLA 11: ORIENTACION SEXUAL**

**En términos de orientación sexual, ¿Usted con cuál se identifica?**

|              | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|-------------------|----------------------|
| homosexual   | 10         | 2,7               | 2,7                  |
| heterosexual | 366        | 97,3              | 100,0                |
| Total        | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 11 se detalla la orientación sexual de las personas encuestadas en la que el 2.7% (10) son homosexuales y el 97.3% (366) son heterosexuales.

**INTERPRETACIÓN:** Podemos mencionar que solo 10 personas encuestadas son de orientación sexual homosexual, mientras que el resto opta por la heterosexualidad.

**GRAFICO N°11:**



**TABLA 12: OPINION DE HSH COMO CAUSANTE DEL VIH/SIDA**

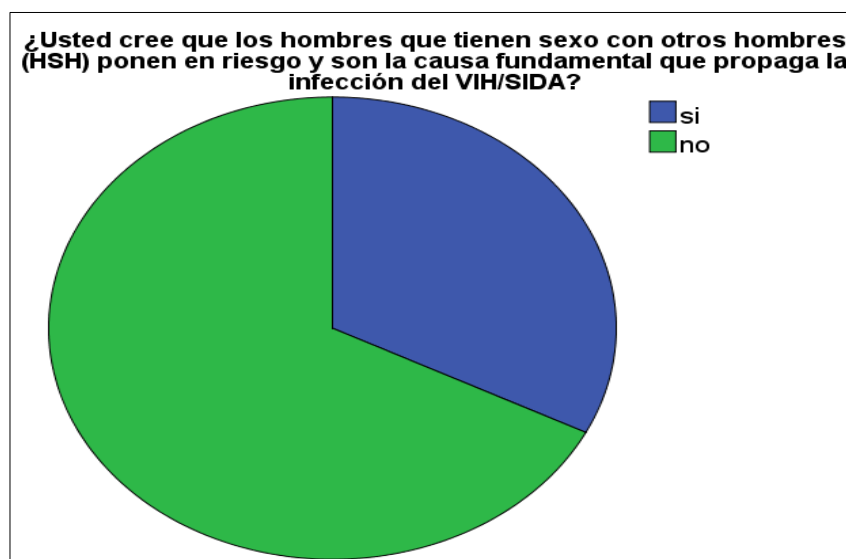
**¿Usted cree que los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) ponen en riesgo y son la causa fundamental que propaga la infección del VIH/SIDA?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 122        | 32,4              | 32,4                 |
| no    | 254        | 67,6              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 12, las personas encuestadas en un 32.4% (122) piensan que la infección del VIH/SIDA es debido a los HSH (Hombres que tiene sexo con hombres), y 67.6% (254) no piensan que esta sea la causa de la infección de este virus.

**INTERPRETACIÓN:** Más de la mitad de los encuestados no piensan que la infección del VIH/SIDA sea debido a los HSH (Hombres que tiene sexo con hombres), es decir en su mayoría saben que la orientación sexual no es razón suficiente para ser infectado con el virus.

**GRAFICO N°12:**



**TABLA 13: RECURSOS FINANCIEROS DEL ESTADO**

**¿Los recursos financieros que el estado designa en los programas de lucha contra el VIH/SIDA son lo suficientemente considerables para tal fin?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 46         | 12,2              | 12,2                 |
| no    | 330        | 87,8              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 13, las personas encuestadas respondieron que en un 12.2% (46) piensan que los recursos financieros que el estado designa **si son lo suficiente** para la lucha contra el VIH/SIDA y el 87.8% (330) piensan que no es lo suficiente.

**INTERPRETACIÓN:** Más de la mitad de los encuestados piensa que los recursos financieros que el estado designa para la lucha contra el VIH/SIDA no son lo suficiente para el logro de metas y objetivos.

**GRAFICO N° 13:**





**TABLA 14: ESTRATEGIAS EN SALUD PUBLICA Y EL VIH/SIDA**

**¿El Gobierno desarrolla y ejecuta buenas estrategias en Salud Publica  
para la prevención y control del VIH/SIDA?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 41         | 10,9              | 10,9                 |
| no    | 335        | 89,1              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 14 se detalla que las personas encuestadas aciertan en un 10.9% (41) que el gobierno si desarrolla y ejecuta buenas estrategias en salud pública para prevención y control del VIH/SIDA y el 89% (335) no piensan lo mismo.

**INTERPRETACIÓN:** En su mayoría los encuestados piensan que el gobierno no desarrolla buenas estrategias para la prevención y control del VIH/SIDA, las cuales se ven reflejadas en el Centro de Salud del distrito de San Ramón.

**GRAFICO N°14:**



**TABLA 15: EDUCACION DEL GOBIERNO SOBRE VIH/SIDA Y MEJORAS**

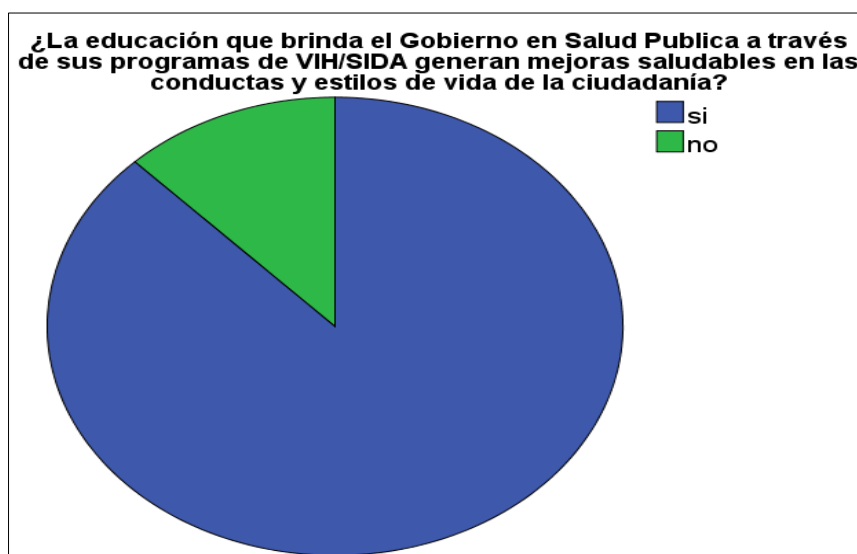
**¿La educación que brinda el Gobierno en Salud Pública a través de sus programas de VIH/SIDA generan mejoras saludables en las conductas y estilos de vida de la ciudadanía?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 330        | 87,8              | 87,8                 |
| no    | 46         | 12,2              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 15, las personas encuestadas el 87.8% (330) respondieron que el gobierno SI brinda buena educación en temas de Salud Pública y genera cambios de conducta y estilos de vida, y el 12.2% (46) no piensa que se genere mejoras saludables.

**INTERPRETACIÓN:** Se refleja que la mayoría de los encuestados si cree que el gobierno desarrolla cambios y mejores saludables por parte educativa del gobierno.

**GRAFICO N°15:**



**TABLA 16: OPINION DE LOS PLANES DE SALUD PUBLICA FRENTE  
AL VIH/SIDA**

**¿Usted piensa que la Salud Publica requiere estrategias capaces de formar conciencia en los factores sociales y culturales como condicionantes de la trasmisión del VIH/SIDA?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 363        | 96,5              | 96,5                 |
| no    | 13         | 3,5               | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 16 se detalla que el 96.5% (363) piensa que la Salud Publica SI requiere más estrategia que concienticen en factores sociales y culturales en la transmisión del VIH/SIDA y el 3.5% (13) piensa que NO requiere de estas estrategias.

**INTERPRETACIÓN:** Casi en una su totalidad las personas encuestadas piensan que el gobierno debería enfatizar más estrategias que generen conciencia sobre los factores sociales y culturales como causas condicionantes de la transmisión del VIH/SIDA.

**GRAFICO N°16:**



**TABLA 17: INCIDENCIA DEL VIH/SIDA POR ABUSO FÍSICO Y SEXUAL**

**¿Piensa que existe alta incidencia de transmisión del VIH/SIDA  
por abuso físico y sexual?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 52         | 13,8              | 13,8                 |
| no    | 324        | 86,2              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 17 se detalla que el 13.8% (52) piensa que SI existe alta incidencia de transmisión del VIH/SIDA por abuso físico y sexual y el 86.2% (324) piensa que NO existe alta incidencia por esta causa.

**INTERPRETACIÓN:** En su mayoría, los encuestados piensan que una de las causas de alta incidencia en la transmisión del VIH/SIDA es por abuso físico y sexual.

**GRAFICO N°17:**



**TABLA 18: VIOLENCIA FAMILIAR Y EL VIH/SIDA**

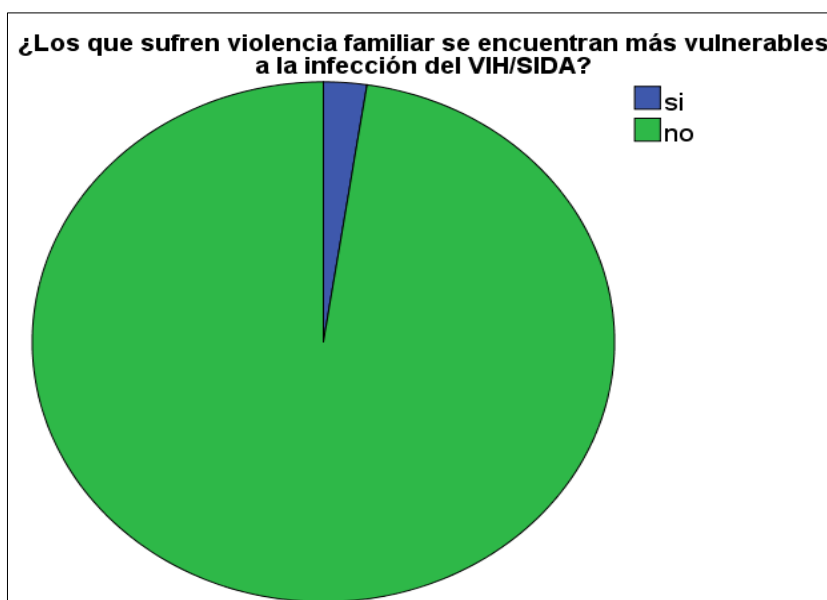
**¿Los que sufren violencia familiar se encuentran más vulnerables  
a la infección del VIH/SIDA?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 9          | 2,4               | 2,4                  |
| no    | 367        | 97,6              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 18 se detalla que el 2.4% (9) piensa que SI son más vulnerables al VIH/SIDA los que sufren de violencia familiar y el 97.6% (367) piensa que NO hay tal vulnerabilidad.

**INTERPRETACIÓN:** Casi en la totalidad de los encuestados piensan que los que sufren de violencia no tienen mayor vulnerabilidad a la infección del VIH/SIDA.

**GRAFICO N°18:**



**TABLA 19: RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS MÚLTIPLES Y TEMPORALES**

**¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con parejas múltiples y/o temporales?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 358        | 95,2              | 95,2                 |
| no    | 18         | 4,8               | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 19, los encuestados respondieron que en un 95.2% (358) SI han experimentado tener múltiples parejas y/o temporales parejas y el 4.8% (18) NO han tenido tal experiencia.

**INTERPRETACIÓN:** Casi en la totalidad de los encuestados si han tenido múltiples parejas y parejas temporalmente, es decir se puede ver gran prevalencia de promiscuidad y muchas veces estas son participes de infidelidad.

**GRAFICO N°19:**



**TABLA 20: CULTURA EN SEXUALIDAD**

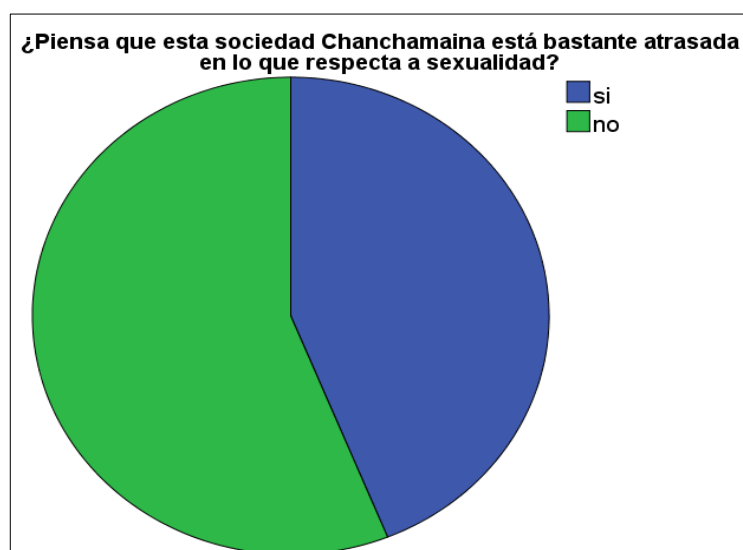
**¿Piensa que esta sociedad Chanchamaina está bastante atrasada  
en lo que respecta a sexualidad?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 165        | 43,9              | 43,9                 |
| no    | 211        | 56,1              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 20, las personas encuestadas piensan que en un 43.9% (165) la sociedad chanchamaina SI está atrasada en sexualidad y el 56.1% (211) piensa que NO lo está.

**INTERPRETACIÓN:** Más de la mitad de los encuestados piensa que esta sociedad no esta tan atrasada en lo que respecta a la sexualidad, es decir hay cierto nivel de una cultura abierta y sin tabúes de este tipo.

**GRAFICO N°20:**



**TABLA 21: CARACTERISTICAS EN LA ELECCION DE UNA PAREJA**

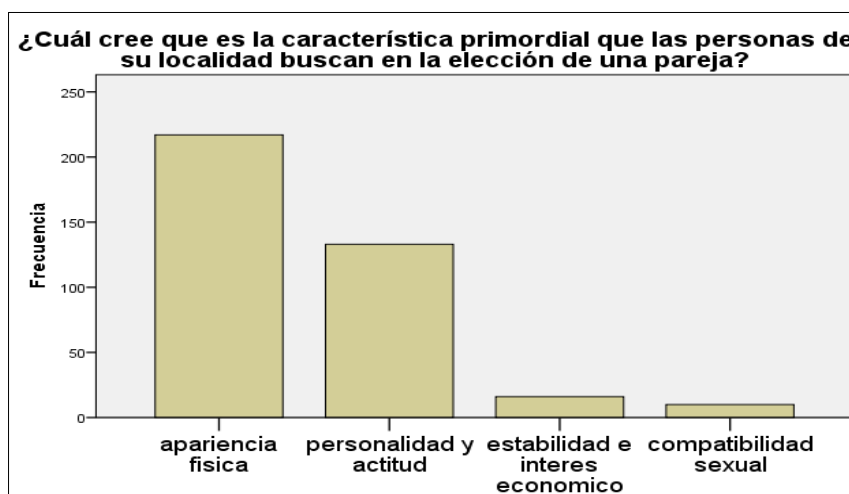
**¿Cuál cree que es la característica primordial que las personas de sus localidades buscan en la elección de una pareja?**

|                                 | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| apariencia física               | 217        | 57,7              | 57,7                 |
| personalidad y actitud          | 133        | 35,4              | 93,1                 |
| estabilidad e interés económico | 16         | 4,3               | 97,3                 |
| compatibilidad sexual           | 10         | 2,7               | 100,0                |
| Total                           | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 21 se detalla las características que se buscan en la elección de una pareja en la que el 57.7% (217) piensan que es su apariencia física, 35.4% (133) por su personalidad y actitud, un 4.3% (16) por estabilidad e interés económico y un 2.7% (10) por compatibilidad sexual.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede observar que más de la mitad de las personas encuestadas piensan que la característica primordial que consideran las personas al momento de elegir una pareja es por su apariencia física.

**GRAFICO N°21:**





**TABLA 22: ALCOHOL Y RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION**

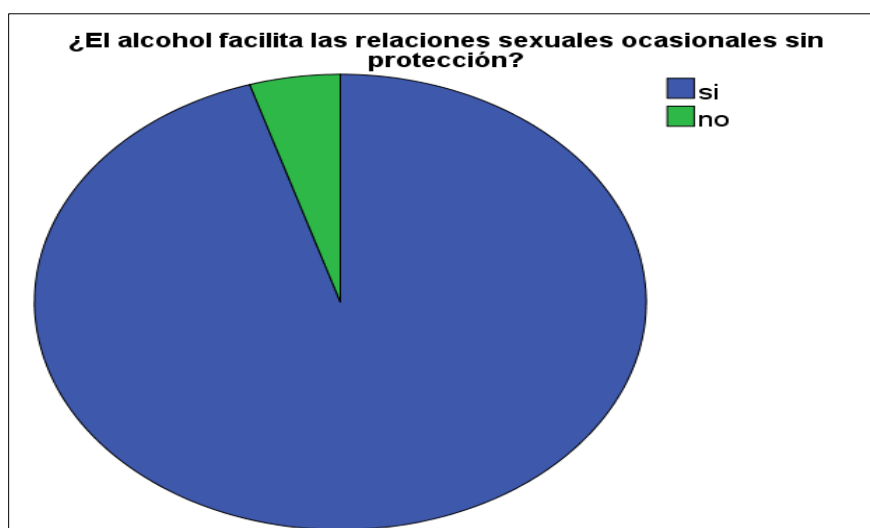
**¿El alcohol facilita las relaciones sexuales ocasionales sin protección?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 358        | 95,2              | 95,2                 |
| no    | 18         | 4,8               | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 22, las personas encuestadas, un 95.2% (358) piensa que el alcohol SI facilita las relaciones sexuales ocasionales sin protección y el 4.8% (18) piensa que NO facilita este tipo de actitudes.

**INTERPRETACIÓN:** Casi en su totalidad, los encuestados están convencidos de que el alcohol si es un factor que influye en llevar acabo relaciones sexuales ocasionales y sin protección.

**GRAFICO N°22:**



**TABLA 23: CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y POSIBILIDAD DE CONTRAER VIH/SIDA**

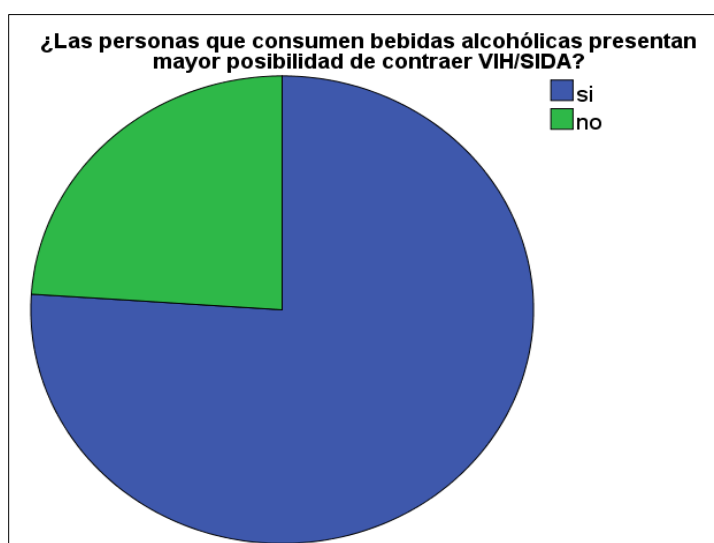
**¿Las personas que consumen bebidas alcohólicas presentan mayor posibilidad de contraer VIH/SIDA?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 286        | 76,1              | 76,1                 |
| no    | 90         | 23,9              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 23, las personas encuestadas, un 76.1% (286) piensan que las personas que consumen bebidas alcohólicas SI tienen mayor probabilidad de contraer el VIH/SIDA y el 23.9% (90) piensa que NO sucede esto.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría está convencido de que aquellos consumidores de bebidas alcohólicas tienen mayor posibilidad de contraer el VIH/SIDA, es decir hay mayor vulnerabilidad en ellos, esto se debe a que en un estado etílico estos pierden muchas veces el conocimiento y la conciencia, ocasionando así encuentros pasionales y por lo posterior posibles contagios del VIH/SIDA.

**GRAFICO N°23:**



**TABLA 24: FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVOS**

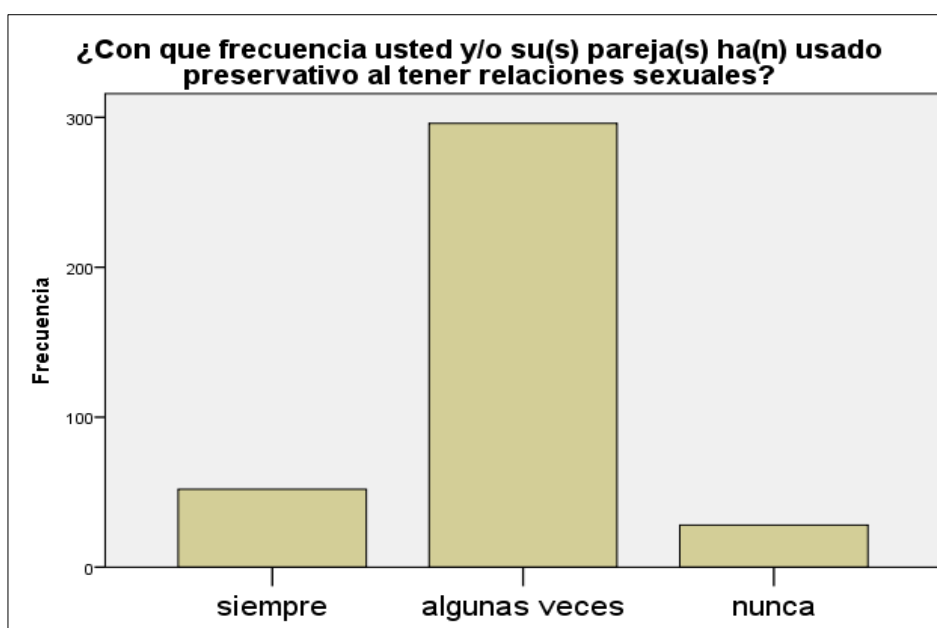
**¿Con que frecuencia usted y/o su(s) pareja(s) ha(n) usado preservativo  
al tener relaciones sexuales?**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| siempre       | 52         | 13,8              | 13,8                 |
| algunas veces | 296        | 78,7              | 92,6                 |
| nunca         | 28         | 7,4               | 100,0                |
| Total         | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS:** En la tabla 24 se detalla la frecuencia del uso del preservativo en las personas encuestadas en la que el 13.8% (52) siempre usa preservativo, 78.7% (296) lo usan algunas veces y el 7.4% (28) nunca los usa.

**INTERPRETACIÓN:** Se demuestra que la mayoría de los encuestados usan algunas veces preservativos en sus actos sexuales, es decir existe mayor vulnerabilidad en ellos y se presencia la falta de costumbre para usar preservativos.

**GRAFICO N°24:**



**TABLA 25: SENSIBILIDAD AL USO DEL PRESERVATIVO**

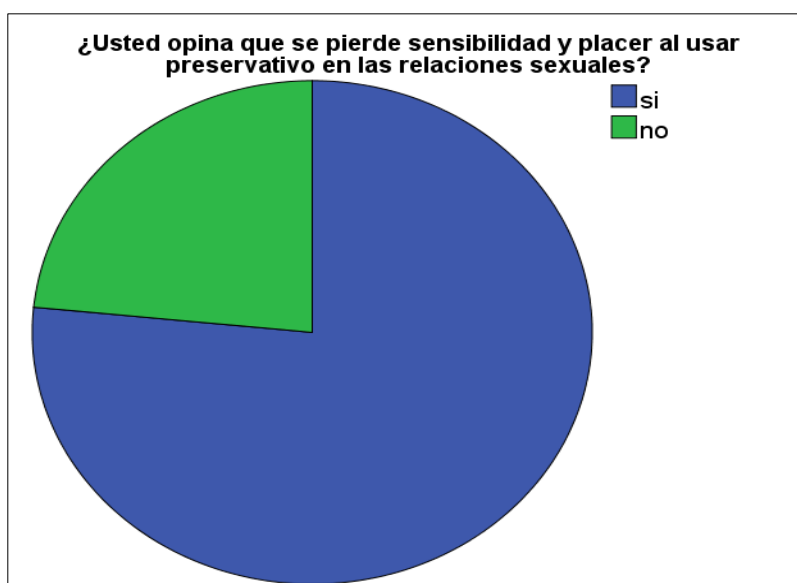
**¿Usted opina que se pierde sensibilidad y placer al usar preservativo  
en las relaciones sexuales?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 288        | 76,6              | 76,6                 |
| no    | 88         | 23,4              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 25, de los encuestados, un 76.6% (288) piensa que SI se pierde sensibilidad y placer al usar preservativos en las relaciones sexuales y 23.4% (88) NO piensa lo mismo.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría coincide con el hecho de que el uso de preservativos en las relaciones sexuales no genera placer y se pierde sensibilidad en los órganos sexuales tanto en el hombre como en la mujer, es por ello que luego se ocasionan embarazos precoces y posibles contagios.

**GRAFICO N°25:**



**TABLA 26: PROBABILIDAD DE PORTAR VIH/SIDA**

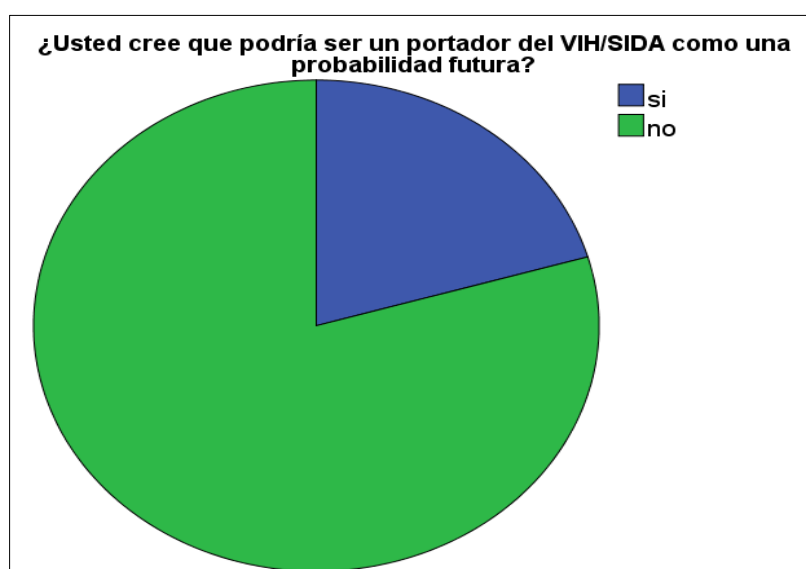
**¿Usted cree que podría ser un portador del VIH/SIDA como una  
probabilidad futura?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 77         | 20,5              | 20,5                 |
| no    | 299        | 79,5              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 26, de las personas encuestadas, un 20.5% (77) creen que SI tienen probabilidad de ser portador del VIH/SIDA en el futuro y el 79.5% (299) piensa que NO tiene esa probabilidad.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede deducir que la mayoría, más de la mitad cree que no es vulnerable a adquirir esta infección en algún momento de su vida, es decir se sienten tan seguros de que no existe tal vulnerabilidad y se sienten excluidos de tal infección.

**GRAFICO N°26:**



**TABLA 27: VIH Y SIDA**

**¿Tener VIH es necesariamente lo mismo que SIDA?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 4          | 1,1               | 1,1                  |
| no    | 372        | 98,9              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 27, un 1.1% (4) piensa que el VIH es lo mismo que el SIDA y un 98.9% (372) no piensan que sea lo mismo.

**INTERPRETACIÓN:** Se ve reflejado que casi en su totalidad de los encuestados, estos no piensan que el VIH y el SIDA tengan el mismo significado, es decir más de la mayoría sabe la diferencia entre lo uno y otro, es decir que hay cierto conocimiento sobre una fase con la otra.

**GRAFICO N°27:**



**TABLA 28: MACHISMO Y USO DEL PRESERVATIVO**

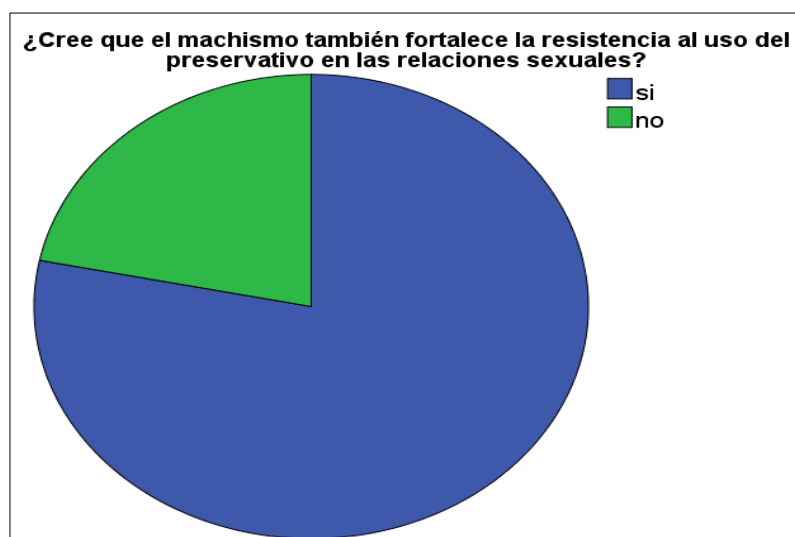
**¿Cree que el machismo también fortalece la resistencia al uso del  
preservativo en las relaciones sexuales?**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| si    | 294        | 78,2              | 78,2                 |
| no    | 82         | 21,8              | 100,0                |
| Total | 376        | 100,0             |                      |

**ANÁLISIS.** En la tabla 28, de las personas encuestadas, un 78.2% (294) creen que el machismo SI fortalece la resistencia al uso del preservativo en las relaciones sexuales y el 21.8% (82) piensa que NO es causa suficiente.

**INTERPRETACIÓN:** Más de la mitad de los encuestados cree que el machismo si origina en muchas relaciones la falta de uso de los preservativos en los actos sexuales, es decir que en las relaciones de pareja en su mayoría el hombre tiene mayor fuerza de control para la toma de decisiones y se ve imponente frente a muchas circunstancias.

**GRAFICO N°28:**



**TABLA 29: OPINION SOBRE PATRONES DE GENERO**

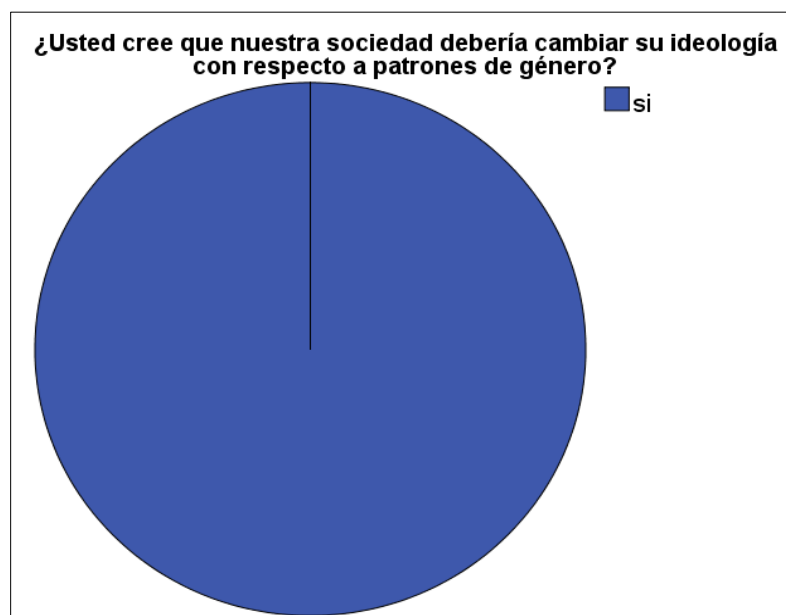
**¿Usted cree que nuestra sociedad debería cambiar su ideología  
con respecto a patrones de género?**

|    | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----|------------|-------------------|----------------------|
| Si | 376        | 100,0             | 100,0                |
| no | 0          | 0                 | 0                    |

**ANÁLISIS.** En la tabla 29, de las personas encuestadas en un 100% (376) piensan que nuestra sociedad SI debería cambiar su ideología con respecto a patrones de género.

**INTERPRETACIÓN:** En su totalidad los encuestados coincidieron en que nuestra sociedad necesita un cambio de ideología en temas de patrones, debido a que se puede notar las diferencias en los roles de género.

**GRAFICO N°29:**





## **CAPÍTULO 5: LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AL GOBIERNO DEL PERÚ**

El gobierno del Perú ha constituido competentemente el plan estratégico concertado, metas y dirección al futuro. Es decir, que ha establecido una atmósfera favorable en términos de políticas bien estructuradas y sistemas básicos de salud. El gobierno reconoce que la incidencia de la epidemia, del VIH/SIDA, es preocupante en la realidad. Durante los últimos años el gobierno ha luchado contra muchos obstáculos para realizar múltiples proyectos y ha cumplido con algunos de estas. Por ende, es innegable que el gobierno peruano deje de llevar a cabo esta misión nacional fielmente.

Sin embargo, existe una abismal diferencia entre el esquema y la ejecución de la estrategia. Primero, es inevitable no mencionar la limitación del presupuesto nacional debido a la incapacidad de ejecución de gasto de las entidades públicas.

Se conoce que la expansión de la epidemia puede provocar inmensos problemas de crecimiento económico de los países en desarrollo ya que una parte del presupuesto nacional estaría direccionada para la prevención de la epidemia. La mayoría de ellos han sido afectados por la crisis económica internacional y toma un tiempo determinado recuperar su estado económico. El Perú también se incluye en estos países y de la misma manera tiene dificultades en implantar proyectos preventivos de la epidemia por limitación financiera.

Sin embargo, sobre todo, hay una gran interrogante sobre el sistema de este gobierno: ¿los interesados por parte del gobierno tienen alguna noción referente a la situación vulnerable en las regiones alejadas de centro del Perú? Tal parece que el gobierno no tiene un profundo sentido para aplicar estos métodos preventivos en todas las zonas y lugares del Perú sin distinción alguna. Oficialmente los sectores del gobierno han permitido dar respuesta nacional con respecto a la ampliación y descentralización de los servicios de salud, pero hasta ahora no se puede ver tal aplicación a la provincia de Chanchamayo ni a la región Junín.

A parte de la limitación de financiamiento, debería considerarse la compresión acerca de los factores sociales, culturales y ambientales que causan mayores dificultades en la prevención de la infección por VIH. En realidad, los trabajadores de salud de la provincia de Chanchamayo están bien concentrados en sus trabajos en cada área, sin embargo, no es sinónimo de trabajo especializado y elaborado a los pacientes. Además, Ellos están muy ocupados en cumplir la meta regional y nacional del sector salud, por lo que no disponen de tiempo para investigar los factores determinantes de la enfermedad y los problemas privados de los pacientes.

En la provincia de Chanchamayo, a pesar de que los proveedores de servicios de salud tienen muchos conocimientos, habilidades y gran atención a los pacientes, sin embargo, sin aporte local o nacional, no pueden desplegar sus capacidades por la situación vulnerable. Esa situación es lamentable porque no puede mejorar el estado de salud de la población, aunque exista gran voluntad de cambiar la incidencia de la enfermedad.

También, esta situación vulnerable demanda que los trabajadores en salud tengan más paciencia y mejor atención. Esa situación está asociada con el físico y la mente en circunstancias pobres ya que los trabajadores de salud también cuentan con sus derechos a la salud por el bienestar de su trabajo. Pero en realidad no podemos tomar en cuenta, solamente, un mínimo de derecho humanos hacia ellos. Al igual que los pacientes, pueden convertirse en víctimas por la propia falta de atención hacia su persona. Ya sea que ellos tengan un dilema o dificultad, el estado no conoce exactamente la verdadera situación de ellos, sin el reporte de sus actividades laborales. Pero el factor más importante es la falta de presupuesto que dificulta el muestreo y estado situacional real del avance nacional.

Esta falta de atención del gobierno eventualmente provoca falta de información sobre la situación y el diagnóstico del paciente, y es inevitable que los trabajadores en salud local no lleven a cabo sus tareas. Para mejorar la salud de la comunidad, se necesita una atención multisectorial, por ejemplo, en los sectores públicos, privados, sociedades civiles, las poblaciones en el lugar local. Pero el gobierno local no tiene capacidad de desarrollar autonomía en el sector público ya que particularmente tiene la conciencia de que el sector salud es área especializada de los trabajadores de salud.

Por lo tanto, tengo esperanza de que el gobierno del Perú se dará cuenta de que los trabajadores de salud tienen un estado de insatisfacción en el marco de una atención nacional, mientras va aumentando el número de pacientes que sufren por infección del VIH.

Incluso, si los pacientes acuden voluntariamente al hospital para recibir un diagnóstico, hay muchos casos en los que el gobierno no tiene un presupuesto para apoyar al hospital, por lo tanto, no se llega al siguiente paso. Obviamente, es una obligación proporcionar servicios básicos hasta las zonas locales, sin embargo, esa no es la realidad. Ya desde ese punto los pacientes se sienten decepcionados y cambian de actitud y paralelo a ello los trabajadores de atención médica también se ven afectados.

Por lo tanto, es absolutamente necesario mejorar y difundir los servicios de las instituciones saludables a fin de ayudar a los pacientes a encontrar sus propios métodos confiables y ser diagnosticados y prevenidos de las enfermedades. A menudo el sector salud denuncia que las personas no visitan sus establecimientos con el fin de recibir un diagnóstico o para recibir los tratamientos adecuados regularmente. Sin embargo, considero que ellos tienen en cuenta la deficiente atención de las áreas de salud, llegando a suponer que ellos también experimentan desánimo.

No espero que se establezcan servicios de alta tecnología tanto como en las ciudades metropolitanas. pero que el estado proteja las zonas vulnerables para que los residentes puedan disfrutar lo mejor posible de los derechos básicos en salud.

Particularmente, la ampliación de la educación sexual y productiva de la población requiere un cambio considerable de conciencia, y, en primer lugar, el gobierno debería poner en práctica dando la iniciativa y buen ejemplo. La mayoría de las personas que trabajan en el sector público tienen conciencia errónea sobre el concepto de sexo y género, ni siquiera tienen los conocimientos apropiados sobre educación sexual.

Por otro lado, se desea que los proveedores de salud tengan la capacidad e interés de estudiar e investiguen cómo dar un tratamiento adecuado en el futuro, en vez de buscar culpables por la falta de información o descuido.

## **PLANIFICACIÓN FUTURA**

A partir de esta investigación, se demuestra que cada una de las subregiones estudiadas presenta características culturales y sociales específicas. Estas características están relacionadas con la identidad en cada región y subregión, prestando atención a los cambios que se produce a lo largo del tiempo. Los factores socioculturales se pueden documentar a través de una observación minuciosa y sutil, influyen profundamente en la salud y la enfermedad de la población. Por lo tanto, el entendimiento de la diversidad cultural y social nos permite conocer los factores condicionantes determinantes y causantes de la infección del VIH.

En el futuro, me propongo investigar la diversidad cultural de los grupos étnicos en la provincia de Chanchamayo, por ejemplo, sus estilos de vida, sistemas de valores, modos de pensamiento y percepción de la población.

Asimismo, en el aspecto sostenible, debería de monitorearse la incidencia de las personas que tienen el VIH con supresión virológica, teniendo en cuenta que, en 2016 sólo un 35% de las personas que tienen el VIH ha experimentado la supresión virológica en el Perú. Sería de sumo interés examinar el procedimiento del cambio de motivación de las personas que tienen el VIH. Ahora, el fondo del problema es la movilización de las motivaciones de las poblaciones. Existe un gran interés y atención de cómo se manejará el sector salud para cambiar o el cambio de sus actitudes y comportamientos de las personas en el futuro. Por lo que a la vez es de suponer que los trabajadores de salud deberían tener una mayor comprensión de los factores sociales y culturales observados.

La mejora de la educación sexual y productiva también se puede establecer en la provincia de Chanchamayo, pero es un objetivo indefinido y a largo plazo. Por lo tanto, el gobierno peruano debe definir la ejecución de los planes y las instrucciones sobre orientación de la educación sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta hacer una ampliación en la provincia de Chanchamayo. Finalmente, se deberá ampliar la investigación a todas las provincias de Chanchamayo.

## CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

En un principio, inicié este estudio con mucho interés por los comportamientos y actitudes sexuales relacionados con el VIH/SIDA. Cuatro años atrás, mientras estaba trabajando en el distrito de San Ramón, no tuve oportunidad de observar detenidamente la situación que se genera por la epidemia del VIH, toda vez que tenía otros objetivos enfocados a un programa de escuelas saludables. Desde luego que en el programa se tocó la equidad de género y las instituciones educativas eran beneficiarias de una serie de actividades en educación salud sexual y reproductiva. Posteriormente observé que muchos adolescentes inician su relación sexual a partir de 14 o 15 años. Asimismo, se encontraron casos de adolescentes embarazadas en etapa precoz, dificultando seguir con sus estudios académicos. A pesar de cooperar con esta educación de salud sexual y reproductiva articulada con el hospital local, no pude prestar atención sobre dichos factores determinantes. Por otra parte, en relación con la infección por sífilis, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B y VIH/SIDA, desconocía el número de afectados que están padeciendo estas patologías.

Después del desarrollo de este trabajo puedo llegar a la conclusión de que esta investigación no va dirigida a aquellas personas que viven con esta enfermedad sino por el contrario para aquellos que no la padecen, teniendo en cuenta que la sexualidad juega un papel tan importante en nuestra vida.

Por lo tanto, el problema del VIH concierne a todo el mundo, a todas las personas de cualquier sexo y edad. Todo debemos tener los mismos conocimientos con respecto a los comportamientos y actitudes sexuales.

Puedo añadir que lo sorprendente es que la mayoría de las personas tienen conocimientos erróneos, y también vergüenza para tratar temas de sexualidad en público. Posiblemente debido a la falta de costumbre para compartir sus experiencias y conocimientos sexuales.

Por ende, fue difícil descubrir los factores culturales que pueden influir en la transmisión del VIH. Sin embargo, gracias a los trabajadores de salud de la Red de Salud

Chanchamayo, del hospital, Centro de Salud, Municipalidades, amistades, vecinos que viven en la provincia de Chanchamayo, pude priorizar y ver la relevancia los factores sociales y culturales que influyen más en la incidencia de esta enfermedad.

Después de dar lugar a la ejecución y estar más inmersa en la investigación puede reconocer la complejidad de cada uno de los temas tratados. Es decir, el VIH/SIDA no es fácil, ni simple para investigarlo en un periodo corto.

El estereotipo del VIH/SIDA a través del mundo médico ha sido mal entendido y estigmatizado. Por lo tanto, este concepto de enfermedad difícil o mala con respecto al VIH/SIDA ha sido establecido a través de la conciencia del mundo médico, y no de la población en un primer momento.

Muchas profesiones médicas ahora tratan de eliminar estos prejuicios y falta de conocimientos para convencer a la población de que el VIH es una enfermedad crónica. Sin embargo, la prensa todavía tiene desinformación, prejuicios y estereotipos. Por lo tanto, no pueden ver esta nueva tendencia del enfoque cognitivo del mundo médico, y tienen un concepto anticuado del VIH/SIDA. Como resultado, es indiscutible que los ciudadanos también tienen un falso prejuicio con respecto al VIH/SIDA, lo cual hará que se necesite mucho tiempo para corregir esta percepción.

La gran diferencia entre el médico y el antropólogo, es que el médico identifica el concepto determinado por la investigación y el diagnóstico del cuerpo en el aspecto biomédico, y luego presenta o anuncia oficialmente al público. En cambio, el enfoque antropológico no es una respuesta corta, ni da la definición de una enfermedad, sino que considera varios factores reflejados en la vida cotidiana y luego cuidadosamente reúne todos ellos para identificar los factores determinantes. Al mismo tiempo, las opiniones de los pacientes o ciudadanos se reflejan en el proceso de investigación en gran parte. A través de este proceso, los antropólogos pueden motivar y atraer a la población en el proceso de la prevención de enfermedades.

Al comprender los factores sociales y culturales que influyen en la infección del VIH/SIDA, podremos contribuir a obtener una buena calidad de vida. Es decir, que el

gran objetivo de la prevención de las enfermedades consiste en mejorar la calidad de vida. Sin embargo, antes de todo, se debe cumplir por lo menos con el derecho fundamental para todos y en todos los lugares del Perú. La desigualdad y la discriminación no pueden ayudar a la mejora de la calidad de vida de una persona, ni tampoco a nivel nacional. Desde este punto de vista, deseo que el Perú se fortalezca y se puede ampliar la calidad de vida en él lo antes posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, P. R., & Herdt, G. (1990). The assessment of sexual practices relevant to the transmission of AIDS: A global perspective. *Journal of Sex Research*, 27(2), 215-232.
- Aguirre Martínez, J. J., & Rendón Salazar, A. E. (2009). Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen Sexo con otros Hombres [HSH].
- Allport, G. W. (1954). The nature of prejudice.
- Angulo Orozco, C. (2017). *La "Fenomenología de la percepción" de Merleau-Ponty como sustento del enfoque enactivo de la cognición* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá).
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Barbosa, C. S. (1998). Epidemiology and anthropology: an integrated approach dealing with bio-socio-cultural aspects as strategy for the control of endemic diseases. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 93, 59-62.
- Barbosa, P., Torres, H., Silva, M. A., & Khan, N. (2009). Agapé Christian reconciliation conversations: Exploring the intersections of culture, religiousness, and homosexual identity in Latino and European Americans. *Journal of homosexuality*, 57(1), 98-116.
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli*, 12, 91-111.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Benavides, M., Ponce, C., & Mena, M. (2011). Estado de la Niñez en el Perú. *Lima: UNICEF e INEI*.



- Benites, C. (2013). Situación actual de la Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis B. *Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas.*
- Bonfiglio, G. (2001). La presencia europea en el Perú. Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Brown, P. J., & Closser, S. (2016). *Understanding and applying medical anthropology.* Routledge.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad.* Paidós.
- Cabrera C, N., Cantelar, N., Blanco, O., & Medina, V. (2003). SIDA: impacto psicosocial. *Rev Cubana de Psicología, (sI).*
- Cáceres, C. F. (2003). *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.* Inter-American Development Bank.
- Cáceres, C. F. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública, 20,* 1468-1485.
- Cáceres, C. F., Terto Júnior, V., & Pecheny, M. (2002). *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción- Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.* UPCH/ONUSIDA.
- Cáceres, J. (2007). La sexualidad en el Perú prehispánico. *Lima, Perú.*
- Carlos Benites Villafane. (2016). Estrategias comunitarias para el acceso a la prueba en poblaciones clave. Ministerio de Salud del Perú.
- Caro-Murillo, A. M., Catalán, J. C., & del Amo Valero, J. (2010). Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gaceta Sanitaria, 24(1),* 81-88.
- Carranza Aguilar, M. E. (1997). Antropología y género. Breve revisión de algunas ideas antropológicas sobre las mujeres. [http://www.usc.es/Documentación/Mulleres e Antropología.](http://www.usc.es/Documentación/Mulleres e Antropología)

- Castro, A., & Farmer, P. (2003). El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de antropología social*, (17), 29-47.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú (2017). Boletín Mensual diciembre 2017: Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú.
- Chin, J. (Ed.). (2001). *El control de las enfermedades transmisibles* (Vol. 581). Pan American Health Org.
- Chincha, O., Samalvides, F., Bernabé-Ortíz, A., Kruger, H., & Gotuzzo, E. (2008). Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 49-53.
- Cordeiro, N., Taroco, R., & Uruguay. Universidad de la república. Facultad de Medicina. Instituto de Higiene. (2008). Retrovirus y VIH. *Artículo disponible en Internet: <https://docs.google.com/viewer>*.
- Cueto, M. (2001). *Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Consorcio de investigación económica y social.
- DESCLAUX, A. (2003). Estigmatización y discriminación: ¿que tiene para ofrecer un enfoque cultural? *Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/sida. Proyecto de investigación de UNESCO/ONUSIDA, Estudios e Informes, Serie Especial*, (20), 1-9.
- DGRA/AR. (1982). "Directorio de comunidades nativas del Perú". Dirección General de Reforma Agraria y Asentamiento Rural, Ministerio de Agricultura, mimeo. Lima, Perú.
- DIRESA (Dirección Regional de Salud) Junín. (2012). Plan Concertado de Salud 2013-2021.
- Dull, T., Zufferey, R., Kelly, M., Mandel, R. J., Nguyen, M., Trono, D., & Naldini, L. (1998). A third-generation lentivirus vector with a conditional packaging system. *Journal of virology*, 72(11), 8463-8471.
- ECKARDT, I. 1994, "Challenging complexity: conceptual issues in an approach to new disease", Ann New York Acad Sci.

- Esparza, C. G. (2005). La sexualidad en el Perú pre-colombino: Kamasutra Indiano. *Vivat Academia*, (65), 1-92.
- Estrada, J. H. (2009). La infección por VIH/sida entre hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América latina. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(1).
- EVANGELISTA, M. D. S. N., MADALENA, M., TAVARES, L. D. L., AZEVEDO, A. M. F., & DA FONSECA, N. V. (2007). Percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS). *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 69-80.
- Farmer, P. (2001a). Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2).
- Farmer, P. (2001b). *Infections and inequalities: The modern plagues*. Univ of California Press.
- Farmer, P. (2006). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame, updated with a new preface*. Univ of California Press.
- Gala González, Á., Berdasquera Corcho, D., Pérez Avila, J., Pinto Valluerca, J., Suárez Valdéz, J., Joanes Fiol, J., ... & Díaz González, M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(2), 0-0.
- Gómez, W., Damaso, B., Cortegana, C., Lahura, P., & Motta, J. (2008, March). Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 69, No. 1, pp. 17-21). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo: Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de antropología social*, (17), 79-99.
- Guajardo, G. (2002). Contexto sociocultural del sexo entre varones. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción*, 57-80.

- Harold Estrada-Montoya, J., & García-Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 9(18).
- Harthorn, B. H. *The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives*, edited by Marcia C. Inhorn and Peter J. Brown. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers. (1997). Reviewed by Barbara Herr Harthorn. *Journal of Political Ecology*, 6(1), 132-135.
- Hoselitz, B. F. (1952). Non-economic barriers to economic development. *Economic Development and Cultural Change*, 1(1), 8-21.
- INE (Instituto Nacional de Estadística). (1981). "Perú: Algunas características de la población. Resultados provisionales del censo del 12 de julio de 1981. Boletín Especial 6, mimeo. Lima, Perú.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2008). Censo nacional XI de población y IV de vivienda 2007: Primeros resultados Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2007.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2018). Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI, 2017. Resultados provisionales del censo de abril de 2018. Lima, Perú.
- Inhorn, M. C., & Brown, P. J. (1990). The anthropology of infectious disease. *Annual review of Anthropology*, 19(1), 89-117.
- Iñiguez Rojas, L. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 701-711.
- Jellema, A., & Phillips, B. (2004). Learning to survive: how education for all would save millions of young people from HIV/AIDS.
- Kalofonos, I. A. (2010). "All I Eat Is ARVs". *Medical anthropology quarterly*, 24(3), 363-380.
- Kauffmann-Doing, F. (2001). Sexo y magia sexual en el antiguo Perú.
- Lamas, M. (2013). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

- Lara, R. M. (2006). *Vivir muriendo: La estigmatización a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seropositivos del Puerto de Veracruz* (Vol. 7). CENSIDA.
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Estructuralismo y ecología*. Anagrama.
- Mandeep Dhaliwal (2012). Alianza Internacional contra el VIH/SIDA 2000c.
- Mc Evoy, C. (2007). *Homo politicus: Manuel Pardo, la política peruana y sus dilemas, 1871-1878* (No. 2). Instituto de Estudios peruanos.
- MedLink Corporation. (2001). *VIH/SIDA (Spanish)*.
- Merleau-Ponty, M. (1993). Fenomenología de la percepción, Ed. *Madrid: Planeta Agostini*.
- Ministerio de Educación. (2008). Manual para Padres: Ayuda a tus hijos a triunfar en la escuela, Corporación Gráfica Navarrete S.A, 1-74.
- MINSA. (2015). DOCUMENTO TÉCNICO “*Plan multisectorial de prevención y control de las ITS/VIH y SIDA, 2015 – 2019*”.
- Mota, M. P. D. (1998). Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cadernos de Saúde Pública, 14*, 145-155.
- Motta, A., Keogh, S. C., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú.
- Municipalidad distrital de San Ramón (2018). Comité distrital de seguridad ciudadana-2018 San Ramón.
- Municipalidad provincial de Chanchamayo (2013). Plan de desarrollo concertado 2013-2021, Municipalidad provincial de Chanchamayo, 1-263.
- Municipalidad provincial de Chanchamayo (2017). Plan local de seguridad ciudadana 2017, La Merced-Chanchamayo.
- Mushi DL, Mpembeni RM, Jahn A. (2007). Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in a rural area in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth, 7*:5.
- Nieto, J. A. (2003). Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad. *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural, 02*-26.

- Oaks Jr, S. C., Shope, R. E., & Lederberg, J. (Eds.). (1992). *Emerging infections: microbial threats to health in the United States*. National Academies Press.
- OMS, O. (2011). Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas de transgénero. *Washington DC, OPS*.
- OMS. (2002). *Scaling Up Antirétroviral Therapy in Resource-Limited Settings*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS. (2016). *Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud: VIH, 2016-2021: Informe de la Secretaría* (No. A69/31). Organización Mundial de la Salud.
- ONUSIDA. (2000a). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. ONUSIDA, Ginebra.
- ONUSIDA. (2000b). El género y el VIH/SIDA. Ginebra.
- ONUSIDA. (2000c). Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género. ONUSIDA, Ginebra.
- ONUSIDA. (2016). Estrategia ONUSIDA 2016-2021. *Acción acelerada para acabar con el sida*. Ginebra.
- OPS. (2013). Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. Washington DC, OPS.
- Orrego, J. L. (2000). La república oligárquica (1850-1950). *Historia del Perú*.
- Phillip Kottak, C., & Arcal, L. (2006). *Antropología cultural*.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Organización Panamericana de la Salud, & Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2003). Estigma y discriminación por el VIH/sida: un enfoque antropológico.
- Pun, M. (2015). Situación de la Epidemia de VIH en el Perú. *Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología (DGE)*.
- Pun, M., Suárez, L., Napanga, E., Valdez, W., Munayco, C., & Tirado, J. (2006). Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y control. Lima: Dirección General de Epidemiología/MINSA.

- Región Junín. (2009). Plan estratégico regional multisectorial para la prevención y control de ITS, VIH y SIDA en la región Junín 2010-2015.
- Rojas-Murcia, C., Pastor, Y., & Esteban-Hernández, J. (2015). Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 28-38.
- Rosas Torres, A. R., de Faria, G. V., & Regina, M. (2008). Creencia en un mundo justo y prejuicios: el caso de los homosexuales con VIH/SIDA *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 42, núm. 3, 2008, pp. 570-579 Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 570-579.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Sass, J. (2006). HIV and AIDS treatment education: technical consultation report 22-23 Nov 2005--Paris France.
- Shedlin, M., Bautista, L., Fitzgerald, A., Gilad, R., & Carranza, J. (1999). Factores de riesgo de adquirir el VIH entre mujeres amas de casa en San Salvador.
- Shernoff, M., & Bloom, D. J. (1991). Designing effective AIDS prevention workshops for gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*.
- Sontag, S. (2012). *La enfermedad y sus metáforas/ El sida y sus metáforas*. DEBOLS! LLO.
- Taylor, S. E., y Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Ten Brummelhuis, H., & Herdt, G. H. (Eds.). (1995). *Culture and sexual risk: Anthropological perspectives on AIDS*. Psychology Press.
- UNESCO. (2003). Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA-programa de investigación UNESCO/ONUSIDA.
- UNESCO. (2006). Formación docente y prevención del VIH y SIDA. UNESCO/PROEDUCA/GTZ.
- UNICEF y INEI. (2011). Estado de la Niñez en el Perú. Unicef/INEI.

- UNICEF. (2006). *1946-2006: Sesenta Años En Pro De La Infancia*. Unicef.
- Valdez-Montero, C., Castillo-Arcos, L., Blanco, A. O., Rodríguez, D. J. O., & Ortega, L. C. (2015). REFLEXIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES. *Cuidado de Enfermería y Educación en Salud*, 2(1), 34-47.
- Van Griensven, F., van Wijngaarden, J. W. D. L., Baral, S., & Grulich, A. (2009). The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 4(4), 300-307.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of personality and social psychology*, 39(5), 806.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.
- Zavaleta, C., Mujica, J., Ypanaqué, P. J., & Cueva, N. (2007). Infecciones de transmisión sexual y VIH en poblaciones indígenas amazónicas: consideraciones culturales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3), 315-316.

**Referencias de Internet:**

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Acerca del VIH/SIDA* (en línea).

<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

OMS. (2018). *VIH/sida: Hechos clave* (en línea).

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

OMS. (2017). Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA (en línea).

<http://www.who.int/features/qa/71/es/>

ONUSIDA. (2018).

<http://www.unaids.org/es>



## ANEXO: MODELO DE CUESTIONARIO

### CUESTIONARIO

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS Y/O CIUDADANOS DEL DISTRITO DE SAN RAMON, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO – PERU.

Distinguido ciudadano del Distrito de San Ramón, Provincia de Chanchamayo, solicito a Usted muy comedidamente se digne dar respuesta a las preguntas contenidas en la siguiente encuesta técnica, cuyas respuestas serán de gran ayuda para el desarrollo de mi trabajo fin de máster: “ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES EN LA TRANSMISION DE VIH/SIDA EN EL DISTRITO DE SAN RAMON, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO DE FEBRERO A MARZO DEL 2018, PERU.”

#### I. INFORMACION GENERAL SOBRE EL ENCUESTADO

1.1. Edad \_\_\_\_\_

1.2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

1.3. Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_

1.4. Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( )

#### II. PREGUNTAS

1. ¿Originario de que región del Perú es usted?

- a. Selva                      b. Sierra                      c. Costa

2. ¿Es natural de Chanchamayo?

- a. Si                              b. No

3. ¿Por qué razones cree Ud. ¿que las personas migran a Chanchamayo?

- a. Trabajo u ocupación

- b. Comercio u negocio
- c. Visitas temporales turísticas
- d. Otras razones personales

4. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

- a. 12 años o menos
- b. 13 o más años

5. ¿En esa primera relación usaron preservativo?

- a. Si
- b. No

6. ¿Usted piensa que las transmisiones de VIH/SIDA tiene mayor incidencia en la población joven y/o sexualmente activa?

- a. Si
- b. No

7. En términos de orientación sexual, ¿Usted con cuál se identifica?

- a. Homosexual
- b. Heterosexual
- c. Bisexual
- d. Otro

8. ¿Usted cree que los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) ponen en riesgo y son la causa fundamental que propaga la infección del VIH/SIDA?

- a. Si
- b. No

9. ¿Los recursos financieros que el estado designa en los programas de lucha contra el VIH/SIDA son lo suficientemente considerables para tal fin?

- a. Si
- b. No

10. ¿El Gobierno desarrolla y ejecuta buenas estrategias en Salud Pública para la prevención y control del VIH/SIDA?

- a. Si
- b. No

11. ¿La educación que brinda el Gobierno en Salud Pública a través de sus programas de VIH/SIDA generan mejoras saludables en las conductas y estilos de vida de la ciudadanía?
- a. Si            b. No
12. ¿Usted piensa que la Salud Pública requiere estrategias capaces de formar conciencia en los factores sociales y culturales como condicionantes de la transmisión del VIH/SIDA?
- a. Si            b. No
13. ¿Piensa que existe alta incidencia de transmisión del VIH/SIDA por abuso físico y sexual?
- a. Si            b. No
14. ¿Los que sufren violencia familiar se encuentran más vulnerables a la infección del VIH/SIDA?
- a. Si            b. No
15. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con parejas múltiples y/o temporales?
- a. Si            b. No
16. ¿Piensa que esta sociedad Chanchamaina está bastante atrasada en lo que respecta a sexualidad?
- a. Si            b. No
17. ¿Cuál cree que es la característica primordial que las personas de su localidad buscan en la elección de una pareja?
- a. Apariencia física  
b. Personalidad y actitud  
c. Estabilidad e interés económico  
d. Compatibilidad sexual

18. ¿El alcohol facilita las relaciones sexuales ocasionales sin protección?  
a. Si            b. No
19. ¿Las personas que consumen bebidas alcohólicas presentan mayor posibilidad de contraer VIH/SIDA?  
a. Si            b. No
20. ¿Con que frecuencia usted y/o su(s) pareja(s) ha(n) usado preservativo al tener relaciones sexuales?  
a. Siempre    b. Algunas veces    c. Nunca
21. ¿Usted opina que se pierde sensibilidad y placer al usar preservativo en las relaciones sexuales?  
a. Si            b. No
22. ¿Usted cree que podría ser un portador del VIH/SIDA como una probabilidad futura?  
a. Si            b. No
23. ¿Tener VIH es necesariamente lo mismo que SIDA?  
a. Si            b. No
24. ¿Cree que el machismo también fortalece la resistencia al uso del preservativo en las relaciones sexuales?  
a. Si            b. No
25. ¿Usted cree que nuestra sociedad debería cambiar su ideología con respecto a patrones de género?  
a. Si            b. N

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos/ tasa de incidencia VIH x 100,000 (2012-2017), Red de Salud Chanchamayo, 2018.

Tabla 2. Chanchamayo: Población censada y estimada, INEI-Censos Nacionales 1993 y 2007; Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013.

Tabla 3. Chanchamayo: Migración 2007, INEI-Censos Nacionales 2007; Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013.

Tabla 4. Chanchamayo: Asistencia al sistema educativo regular de 6 a 24 años (2007), INEI-Censos Nacionales 2007; Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013.

Tabla 5. Chanchamayo: Población y condiciones de pobreza, según distrito, 2010, INEI; Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013.

Tabla 6. Estratos por género en la población de Chanchamayo, 2018

Tabla 7. Estratos por grupos de edad en la población en San Ramón-Chanchamayo, 2018

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Casos del SIDA acumulados: 1983-2015, Dirección General de Epidemiología-Ministerio de Salud, Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013.

Grafico 2. Número de casos/tasa de incidencia del VIH x 100,000 (2012-2017), Red de Salud Chanchamayo, 2018.

Grafico 3. Chanchamayo: Evolución de la población urbana-rural 1981, 1993 y 2007, INEI-Censos Nacionales, 2007; Municipalidad Provincial de Chanchamayo, 2013.

Grafico 4. Casos del SIDA entre hombre y mujer, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú, 2015.

Grafico 5. Grado de Instrucción de PVVS-Región Junín, DIRESA, 2009.

## ÍNDICE DE TABLAS DE ENCUESTA

- TABLA 1: SEXO DE LOS ENCUESTADOS
- TABLA 2: EDAD DE LOS ENCUESTADOS
- TABLA 3: OCUPACION DE LOS ENCUESTADOS
- TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS
- TABLA 5: ORIGEN DE NACIMIENTO POR REGIONES
- TABLA 6: PERSONAS CHANCHAMAINAS
- TABLA 7: RAZONES DE MIGRACION
- TABLA 8: EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL
- TABLA 9: USO DE PRESERVATIVOS EN EL PRIMER ACTO SEXUAL
- TABLA 10: OPINION DE MAYOR INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN JOVENES
- TABLA 11: ORIENTACION SEXUAL
- TABLA 12: OPINION DE HSH COMO CAUSANTE DEL VIH/SIDA
- TABLA 13: RECURSOS FINANCIEROS DEL ESTADO
- TABLA 14: ESTRATEGIAS EN SALUD PUBLICA Y EL VIH/SIDA
- TABLA 15: EDUCACION DEL GOBIERNO SOBRE VIH/SIDA Y MEJORAS
- TABLA 16: OPINION DE LOS PLANES DE SALUD PUBLICA FRENTE AL VIH/SIDA
- TABLA 17: INCIDENCIA DEL VIH/SIDA POR ABUSO FISICO Y SEXUAL
- TABLA 18: VIOLENCIA FAMILIAR Y EL VIH/SIDA
- TABLA 19: RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS MULTIPLES Y TEMPORALES
- TABLA 20: CULTURA EN SEXUALIDAD
- TABLA 21: CARACTERISTICAS EN LA ELECCION DE UNA PAREJA
- TABLA 22: ALCOHOL Y RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION
- TABLA 23: CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y POSIBIIDAD DE CONTRAER VIH/SIDA
- TABLA 24: FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVOS
- TABLA 25: SENSIBILIDAD AL USO DEL PRESERVATIVO

TABLA 26: PROBABILIDAD DE PORTAR VIH/SIDA

TABLA 27: VIH Y SIDA

TABLA 28: MACHISMO Y USO DEL PRESERVATIVO

TABLA 29: OPINION SOBRE PATRONES DE GENERO

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS DE ENCUESTA**

GRÁFICO 1: SEXO DE LOS ENCUESTADOS

GRÁFICO 2: EDAD DE LOS ENCUESTADOS

GRÁFICO 3: OCUPACION DE LOS ENCUESTADOS

GRÁFICO 4: ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS

GRÁFICO 5: ORIGEN DE NACIMIENTO POR REGIONES

GRÁFICO 6: PERSONAS CHANCHAMAINAS

GRÁFICO 7: RAZONES DE MIGRACION

GRÁFICO 8: EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL

GRÁFICO 9: USO DE PRESERVATIVOS EN EL PRIMER ACTO SEXUAL

GRÁFICO 10: OPINION DE MAYOR INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN JOVENES

GRÁFICO 11: ORIENTACION SEXUAL

GRÁFICO 12: OPINION DE HSH COMO CAUSANTE DEL VIH/SIDA

GRÁFICO 13: RECURSOS FINANCIEROS DEL ESTADO

GRÁFICO 14: ESTRATEGIAS EN SALUD PUBLICA Y EL VIH/SIDA

GRÁFICO 15: EDUCACION DEL GOBIERNO SOBRE VIH/SIDA Y MEJORAS

GRÁFICO 16: OPINION DE LOS PLANES DE SALUD PUBLICA FRENTE AL VIH/SIDA

GRÁFICO 17: INCIDENCIA DEL VIH/SIDA POR ABUSO FISICO Y SEXUAL

GRÁFICO 18: VIOLENCIA FAMILIAR Y EL VIH/SIDA

GRÁFICO 19: RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS MULTIPLES Y TEMPORALES

GRÁFICO 20: CULTURA EN SEXUALIDAD

GRÁFICO 21: CARACTERÍSTICAS EN LA ELECCIÓN DE UNA PAREJA

GRÁFICO 22: ALCOHOL Y RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN

GRÁFICO 23: CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y POSIBILIDAD DE CONTRAER VIH/SIDA

GRÁFICO 24: FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVOS

GRÁFICO 25: SENSIBILIDAD AL USO DEL PRESERVATIVO

GRÁFICO 26: PROBABILIDAD DE PORTAR VIH/SIDA

GRÁFICO 27: VIH Y SIDA

GRÁFICO 28: MACHISMO Y USO DEL PRESERVATIVO

GRÁFICO 29: OPINIÓN SOBRE PATRONES DE GÉNERO