

Informe Final de Estudio Cualitativo Preparado para PASMO

Guatemala (2017): Estudio Etnográfico de Temas en Salud con HSH y Trans en Ciudad de Guatemala y Escuintla durante el 2016

Escrito por: Dra. Mónica Berger, MSc. Ana Vides Porras y Alessia González
Universidad del Valle de Guatemala

Patrocinado por:



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Prevención
Combinada en VIH
Centroamérica y México



MILKCOOKIES™

Los cuatro pilares de PSI

Impacto Real en la salud * Rapidez y Eficiencia en el Sector privado * Descentralización, Innovación, y
Actitud Emprendedora * Compromiso a largo plazo con las personas a quienes servimos

Las opiniones aquí expresadas son exclusivas de los autores y no necesariamente representan los puntos de vista de USAID.

Tabla de Contenido del Informe

1. ANTECEDENTES	2
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
4. UNIVERSO Y POBLACIÓN DEL ESTUDIO	4
4.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	5
4.2 VARIABLES MEDIDAS EN LA INVESTIGACIÓN	7
5. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	8
5.1. ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD	9
5.2. CUESTIONARIO EN ESCALAS CERRADAS	9
5.3. RECONSTRUCCIÓN DE LAS RUTAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN SALUD (HEALTH SEEKING PATHWAYS-HSP)	10
5.4. ANÁLISIS DE LA RED SOCIAL PERSONAL	11
5.5. GRUPO FOCAL PARA DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS Y EXPLORACIÓN DE REACCIONES	12
5.6 PERFIL DEL ENTREVISTADOR.....	12
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	13
7.1 PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	13
8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS	13
8.2 CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD INDIVIDUAL Y GRUPAL: LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA TOMA DE DECISIONES ..	17
8.3 ORGANIZACIONES DE APOYO A LA POBLACIÓN DE LA DIVERSIDAD: PREFERENCIAS Y LIMITANTES.....	31
8.4 COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO	41
8.5 ACTITUDES EN TORNO A LA PRUEBA DE VIH.....	44
8.6 TRAYECTORIAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN SALUD.....	55
8.7 RELACIÓN CON PERSONAL DE SALUD, EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS	61
8.8 VULNERABILIDAD PERCIBIDA Y REDES DE APOYO SOCIAL (CUESTIONARIOS ADICIONALES).....	68
9. CONSIDERACIONES FINALES	81
10. LITERATURA CITADA	85
11. TABLAS DE REFERENCIA AL TEXTO	90
12. ANEXOS	91
ANEXO 1. INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	92
ANEXO 2. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	104
ANEXO 3. TRANSCRIPCIONES DE ENTREVISTAS.....	104
ANEXO 4 . AUDIOS ORIGINALES	104

Listado de Siglas y Acrónimos

PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social (por sus siglas en inglés)
UVG	Universidad del Valle de Guatemala
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
TRANS	Mujeres Transgénero
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
HSP	Rutas de búsqueda de atención en salud (Health Seeking Pathways)
PSI	Population Services International

1. Antecedentes

La Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés) es una organización centroamericana sin fines de lucro, conformada por profesionales en mercadeo social apasionados por contribuir de manera sostenible a la salud de poblaciones en contextos de vulnerabilidad en la región. Los programas de salud de PASMO se implementan a través de la innovación, basados en evidencia, y orientados a la obtención de resultados. PASMO tiene presencia local en cada país de Centro América y forma parte de la red mundial de Population Services International (PSI).

En octubre de 2010, PSI y PASMO dieron inicio al Programa de Prevención Combinada en VIH para Centroamérica con el apoyo técnico y financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) y con sub receptores International Planned Parenthood / Western Hemisphere Region (IPPF/WHR) y sus asociaciones miembro (en Guatemala, APROFAM), Cikatelli Associates y Milk n' Cookies. El objetivo general del Programa es proveer intervenciones costo-efectivas y sostenibles diseñadas para alcanzar un mayor acceso a intervenciones de prevención del VIH en poblaciones clave en mayor contexto de vulnerabilidad, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero, entre otras.

Dentro del marco del Programa de USAID de Prevención Combinada en VIH para Centroamérica, en el 2016 se postuló la realización del presente estudio para otorgar fundamentos cualitativos propios de la investigación etnográfica profunda, para entender concepciones y prácticas de la población de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres, en torno al VIH, la identidad sexual, y la relación con el sistema público y privado de provisión de servicios de salud. Estas poblaciones, consideradas en la literatura como excluidas y vulnerables, no suelen ser estudiadas a profundidad para entender los modelos mentales y creencias profundas que afectan sus decisiones y prácticas en torno a su sexualidad. Esto deja vacíos para el diseño de programas y políticas más acordes a sus necesidades sentidas y a su capacidad real de negociación y auto-representación. En atención a este vacío, PASMO solicitó a la Universidad del Valle de Guatemala su apoyo para la ejecución de esta investigación cualitativa profunda, la cual se realizó en el periodo del 15 de Noviembre 2016 al 15 de Mayo 2017, tras haber obtenido la aprobación del Protocolo de Estudio por parte del Comité de Ética Nacional del Ministerio de Salud Pública de Guatemala (P.05-2016) y de PSI.

2. Justificación

En Guatemala, la falta de acceso a servicios de salud para personas TRANS y HSH, es un problema patente. En estudios anteriores, se ha encontrado que la población TRANS vive en contextos de vulnerabilidad y discriminación que limitan el acceso no sólo a dichos servicios de salud sino a trabajos bien remunerados debido a baja escolaridad, limitado apoyo social y una autoestima dañada. A esto debe agregarse la violencia física a la que están expuestos y a las adicciones como medida de escape social (PSI Research Division, 2009). Debido a lo anterior, la Organización Trans Reinas de la Noche –OTRANS-RN– desde 2009 trabaja en una estrategia para el mejoramiento de su acceso a salud, la cual fue aprobada en noviembre de 2015. Ésta busca mejorar la calidad y cobertura en salud de “travestis, transgénero y transexuales garantizando la participación y el compromiso de todas las instancias involucradas en este proceso, debido a que el sistema de salud actual no ofrece una respuesta acorde a las necesidades planteadas por las mismas personas Trans, lo cual va mucho más allá del tema de prevención y atención del VIH e infecciones de transmisión sexual” (Gay Guatemala, 2015). Gracias a estos esfuerzos, Guatemala cuenta hoy con un documento político que da guía y estructura a los procesos de provisión de servicios de salud a población Trans (OTRANS, 2015).

A pesar de estos esfuerzos iniciales, la comprensión de las barreras de acceso a la salud por parte de la población Trans y HSH sigue siendo limitada. Es necesario trascender metodologías cuantitativas que ofrecen datos superficiales acerca del problema (p.e. el uso de encuestas cerradas), para poder adentrarnos en los modelos explicativos (émicos) de esta población. Profundizar en aspectos de la construcción de identidad individual y grupal que afectan preferencias y conductas en salud, explorar percepciones, actitudes y prácticas de la población HSH y Trans en torno al acceso y manejo de servicios en salud, comprender los aspectos que actúan como catalizadores de prácticas de vida saludables, etc., son ámbitos complejos que requieren metodologías etnográficas. Por lo tanto, esta investigación se plantea como un estudio cualitativo, exploratorio, no representativo, que busca empezar a comprender en mayor profundidad los elementos antes descritos.

Como ya se mencionó anteriormente, mejorar el conocimiento de estos elementos que construyen identidad grupal e influyen en las percepciones y actitudes en el tema de acceso a la salud de estas poblaciones vulnerables, es de vital importancia para poder plantear estrategias adecuadas que permitan reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud en general y de VIH en particular. Es en esta aspiración que PASMO solicitó el desarrollo de la presente investigación.

3. Objetivos de la Investigación

La presente investigación tuvo como **Objetivo General**:

Realizar un estudio etnográfico que aborde temáticas sobre sexualidad, construcción de identidad, conductas saludables, aspectos sobre la prueba VIH, y relación con proveedores de servicios de salud, de mujeres transgénero (Trans) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Los **Objetivos Específicos** fueron:

- a. Describir los mecanismos mediante los cuales se construye la identidad sexual individual, enfatizando las implicaciones para la vida cotidiana y la toma de decisiones personales, evaluando modelos mentales y percepciones sobre estigma social, autoestigma y ámbitos de discriminación.

b. Describir los mecanismos mediante los cuales se construye la identidad sexual de grupo o comunidad, enfatizando los grupos y redes sociales existentes, la influencia del grupo sobre la toma de decisiones del individuo, subculturas existentes, y normas de inclusión y exclusión de dichos grupos.

c. Describir desde una perspectiva ética las conductas y hábitos considerados saludables, y aquellos considerados conducentes a tener una mala salud, enfatizando pero no limitándose a los aspectos de la salud sexual de los individuos.

d. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas reportadas en torno a la prueba del VIH, enfatizando el nivel de conocimiento de los individuos entrevistados sobre la logística de la misma y la interpretación de los resultados, implicaciones de los mismos para la vida cotidiana, barreras y motivaciones para efectuarse la prueba, uso de medicamentos y suplementos, opiniones sobre el uso de la prueba como rutina saludable, así como percepciones sobre las pruebas auto administradas.

e. Describir la relación que tienen las personas entrevistadas con proveedores de servicios de salud públicos y privados, el uso que hacen de los productos y servicios disponibles, así como los aspectos negativos y positivos de esa relación en torno al sistema vigente, a los servicios disponibles, y respecto a las actitudes del personal médico.

4. Universo y Población del Estudio

A la fecha se desconoce el tamaño real del Universo de personas HSH y TRANS, ya que Guatemala no cuenta con estadísticas confiables al respecto. Sin embargo, a raíz de una estimación hecha en el 2015 por Tephinet/The Task Force for Global Health¹, se logró censar un total de 114 mujeres TRANS para el Departamento de Escuintla y 395 mujeres TRANS para el Departamento de Guatemala. En base a estos datos el estudio estimó que posiblemente la población TRANS para el Departamento de Guatemala es de 888 personas y para Escuintla de 235 personas (promedio). A nivel nacional se estimó que el Universo posible es de **7,818 mujeres TRANS**.

Para la población HSH, un estudio basado en datos censales y captura/recaptura realizado por ONUSIDA, FM, VM, UNFPA y OPS (2010 *citado en* MSPAS, 2010) estimó **la población HSH del país en 44,197** (promedio).

Si tomamos como base estos datos, **el Universo del estudio lo constituyen aproximadamente 52,015 personas**.

La **Población** para el estudio la constituyen:

a) Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y b) Mujeres transgénero (TRANS), que cumplan con los criterios siguientes:

- Tener más de 18 años;
- Ser residentes del Departamento de Guatemala o Escuintla.
- El no haberse realizado la prueba de VIH antes, o el haberla realizado voluntariamente en algún momento, no serán criterio para participar en el estudio;
- La nacionalidad y el estado serológico de los participantes no serán criterio para participar en el estudio.

¹ (www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&itemid=270&gid=34410&lang=es)

4.1 Selección de la Muestra

Este estudio no buscó realizar una investigación en una muestra representativa de la población. Esta es una investigación etnográfica que favorece una metodología cualitativa que permite indagar aspectos más profundos de la construcción de identidad y otros que influyen las rutas de búsqueda de atención en salud, los detonantes socioculturales de las actitudes en torno a la prueba VIH y los oferentes de servicios de salud, etc. Por lo tanto, se considera un **estudio etnográfico exploratorio, cualitativo, no representativo.**

Se seleccionó una muestra de 50 participantes de cinco organizaciones nacionales (Somos, Fogata, ODASA, Colectivo Tacones Lejanos, Mia Farrow) que agrupan a mujeres TRANS y HSH, mismas que han colaborado con PASMO y/o la consultora en el pasado. Asimismo, se siguieron referencias personales secundarias para captar poblaciones fuera de estas agrupaciones. Los detalles de la muestra se presentan en la sección 8.1 del presente informe. La Figura 1 presenta la ruta crítica seguida en la selección de la muestra. La estimación de este número de entrevistas se basó en una solicitud expresa de PASMO/USAID definida por la capacidad financiera y la limitante de tiempo (un trimestre) para la realización de este estudio. En base a la experiencia previa del personal de PASMO², se considera que 50 entrevistas pueden proveer suficiente material para marcar tendencias, mismas que puedan ser exploradas posteriormente en otros estudios representativos.

² Comunicación personal con la M.Sc. Isolda Fortín en representación del equipo de asesores de PASMO.

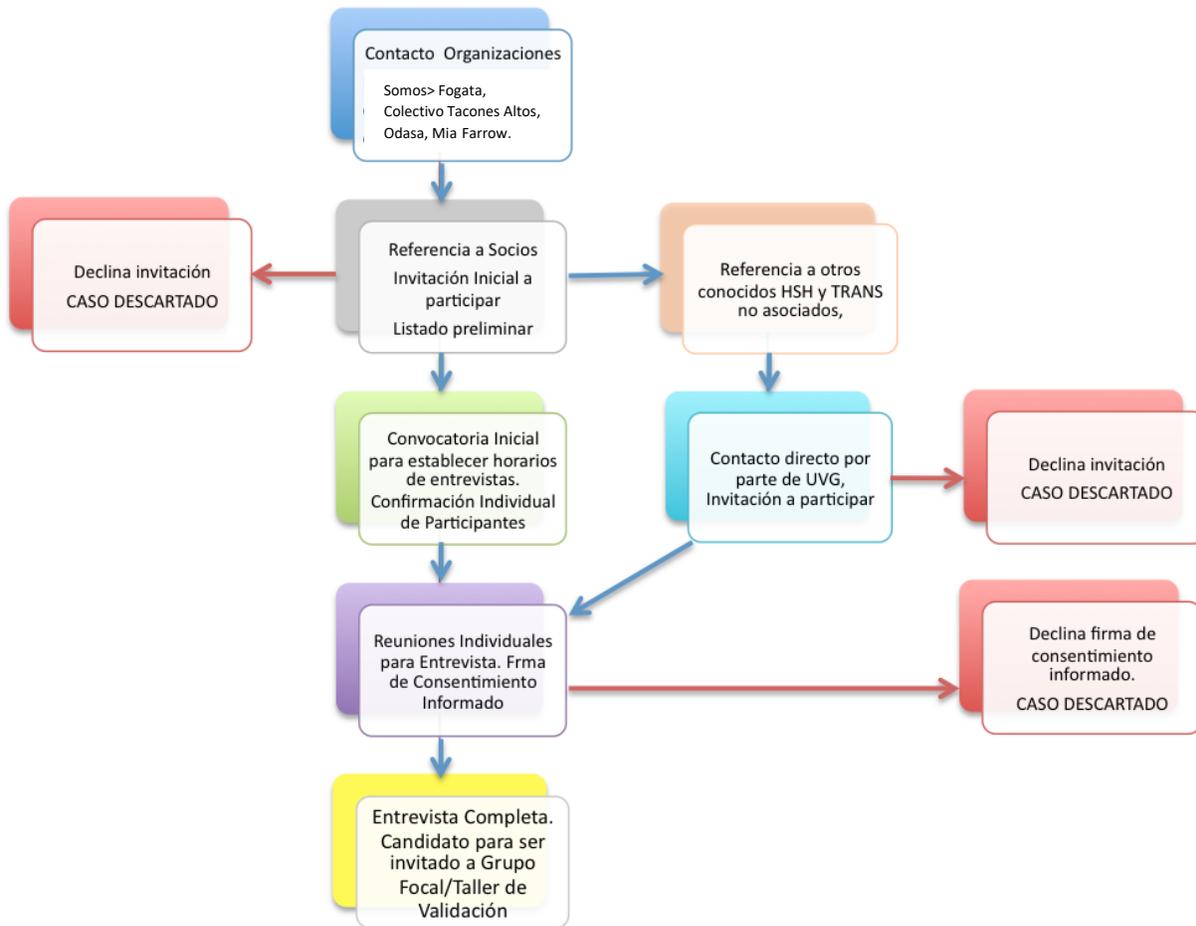


Figura 1. Ruta para selección de la muestra de personas HSH y TRANS entrevistadas.

Cada organización socia reclutó a posibles candidatos en base a los siguientes criterios: consentir participar voluntariamente, ser mayor de edad, residir o laborar en ciudad Guatemala o Escuintla.

Se le pidió a las organizaciones de referencia invitar directamente a sus miembros compartiendo la información sobre el estudio entregada con anterioridad y llevando un listado solo con los nombres, teléfonos y correos electrónicos de quienes aceptaron ser contactados para el estudio. Al momento de contactarlos e invitarlos a ser parte del estudio, la organización de referencia explicaron que se estaría solicitando información personal para ser contactados por los investigadores. Debido a la fluidez en el movimiento de las poblaciones HSH y Trans en la zona, las organizaciones de referencia hicieron todos los contactos hasta el momento de la primera reunión entre los investigadores y cada persona, momento en el cual se procedió a leer el Consentimiento Informado. Todos los invitados a participar accedieron a proceder con la entrevista.

Las organizaciones de referencia proveyeron espacios seguros dentro de sus instituciones para realizar las entrevistas. En ciudad de Guatemala se realizaron en las oficinas de SOMOS situadas en la zona 1, y en Escuintla se realizaron en las oficinas de Aprofam, un salón de belleza privado y en un área del Hospital de Escuintla. Todas las entrevistas se realizaron en espacios privados donde se pudo mantener la confidencialidad de la entrevista.

4.2 Variables medidas en la investigación

La Tabla 1 resume las variables investigadas. Dado que este es un estudio etnográfico cualitativo, se sugirieron ámbitos de exploración con variables abiertas. Las categorías de análisis se ampliaron a medida que se observaron tendencias en las respuestas de los sujetos entrevistados.

Tabla 1. Variables abiertas por ámbito de exploración. Para cada variable se describe el método por medio del cual se recogió la información para su medición. Nota: para referirse al número de pregunta específica en uno de los instrumentos presentados en los Anexos, se usa el acrónimo “p”.

ÁMBITO de Exploración	VARIABLE	Mecanismo de Obtención de la Información
1. Información Sociodemográfica	Etnicidad	Instrumento en Anexo 1, cuadro de datos .
	Edad	
	Creencia religiosa	Instrumento en Anexo 1-1, p. li y iii
	Estado civil	Instrumento en Anexo 1-1, p. v
	Hijos	Instrumento en Anexo 1-1 p. vi
	Educación	Instrumento en Anexo 1-1 p. viii
2. Ocupación generadora de ingresos	Ocupación primaria	Instrumento en Anexo 1-1 p. ix
	Ocupación secundaria	
3. Identidad Sexual Individual	Descubrimiento de su orientación sexual	Instrumento en Anexo 1-1 p. 1-8
	Efectos sobre su vida	
	Relaciones familiares	
4. Círculo Social	Relaciones interpersonales	Instrumento en Anexo 1-1 p. 9-15
	Red de apoyo inmediato	
	Identidad de grupo	
	Presión de grupo	
5. Organización de redes de apoyo	En temas de identidad	Instrumento en Anexo 1-1 p. 16-18
	En temas de salud	
	En temas de salud mental	
6. Trayectorias de búsqueda de atención en salud (HSP)	Rutas seguidas	Instrumento en Anexo 1-1 p. 19-27
	Actores involucrados	
	Preferencias y barreras	
	Percepción de trato	
7. Relación con personal de salud	Determinantes positivos de consulta, adherencia y permanencia	Instrumento en Anexo 1-1 p. 28-29
	Determinantes negativos de consulta, adherencia y permanencia	
	Percepción y expectativas de trato	
8. Actitud en torno a prueba VIH y tratamiento	Anuencia a tomar la prueba, frecuencia	Instrumento en Anexo 1-1 p. 31-43
	Preferencias de sitios para tomar la prueba	

	Factores que facilitan/barreras para tomar la prueba	
	Conocimiento operativo del proceso	
	Percepciones y actitudes sobre tratamiento	
9. Efectos negativos percibidos sobre su vida debido a orientación sexual	Impactos en ingresos económicos	Instrumento en Anexo 1-1 p. 44-48
	Impactos en autoestima y proyección de identidad	
	Estigma, rechazo social	
10. Comportamiento sexual de riesgo	Parejas sexuales	Instrumento en Anexo 1-1 p. 49-55
	Protección / uso de condón	
	Empleo remunerado como trabajador/a sexual	
	Uso de drogas, alcohol	
	Padecimientos de ETS	
11. Búsqueda de atención en salud (último año)	Conocimiento de síntomas que ameritan chequearse	Instrumento en Anexo 1-1 p. 56-59
	Percepciones sobre test de VIH autoadministrado	
12. Vulnerabilidad percibida	Temor a rechazo familiar	Instrumento en Anexo 1-2, todas las preguntas en escala Likert (se duplican con variantes).
	Temor a rechazo social	
	Discriminación en acceso a servicios de salud	
	Discriminación laboral	
	Temor a ataques a su integridad física y emocional	
	Temor de contraer VIH o SIDA	
	Estigma	
	Culpabilidad (autojuicio)	
13. Percepción sobre red de apoyo social	Apoyo instrumental	Instrumento en Anexo 1-3, todas las preguntas en escala Likert.
	Apoyo emocional	
	Apoyo informativo	

5. Metodología de Investigación

Se usaron cinco herramientas complementarias que permitieron obtener datos cualitativos y cuantitativos para explorar los temas seleccionados en la investigación.

Según Bryman (1988) los estudios cualitativos se caracterizan por el compromiso de los investigadores por ver, recopilar e interpretar los eventos, acciones, normas, valores, etc. desde la perspectiva de los participantes y colaboradores del estudio. Uno de los principales objetivos en este tipo de investigación es proveer de una descripción del contexto en que ocurren los fenómenos, enfocándose en los procesos explicativos de las acciones y normas de los participantes.

5.1. Entrevistas a Profundidad

Las entrevistas estructuradas comprenden cuestionarios con guías temáticas en las que queda aún cierta flexibilidad para profundizar en el abordaje de los temas a investigar con los participantes. Requieren un esquema o guión con temas y preguntas clave por variable o tema a explorar (Bernard 2006). Las entrevistas a profundidad implican profundizar detalladamente en las acciones y perspectivas de los participantes relacionadas a los fenómenos sociales; dependen del tiempo y experiencia del participante.

En la presente investigación se aplicó a todos los participantes una entrevista estructurada, misma que se presenta en el Anexo 1-1. Esta entrevista aportó la mayor cantidad de datos cualitativos del estudio y permitió reconstruir los elementos desde una perspectiva émica. Los términos “émico” (emic) y “ético” (etic), utilizados por primera vez por Pike (1967) y luego reinterpretados por Marvin Harris, se han convertido en un enfoque importante en la investigación antropológica (Headland et al., 1990)

Siguiendo a Lett (2002), las construcciones emicológicas son registros, descripciones y análisis expresados en forma de esquemas y categorías conceptuales consideradas significativas y adecuadas por los miembros de la cultura bajo estudio. Una construcción emicológica está correctamente denominada “émica” si y solo si concuerda con las percepciones y entendimientos que los conocedores de la cultura consideren apropiados. Por lo tanto la validación del conocimiento émico se vuelve un asunto de consenso, concretamente del consenso de informantes ‘nativos’³ quienes deben acordar que la construcción concuerda con las percepciones compartidas que son características de su cultura. Note que la técnica particular de investigación utilizada para adquirir el conocimiento no tiene nada que ver con la naturaleza de dicho conocimiento.

Las construcciones eticológicas son registros, descripciones y análisis expresados en formas de esquemas y categorías conceptuales que son consideraras significativas y adecuadas por la comunidad de ‘observadores’. Una construcción ética está correctamente denominada “ética” si y solo si concuerda con los principios epistemológicos que la ciencia considera correctos (p. ej. Las construcciones éticas deben ser precisas, lógicas, exhaustivas, replicables, refutables e independientes del observador). Por lo tanto, la validación del conocimiento ético se vuelve un asunto de análisis lógico y empírico; En particular, el análisis lógico para ver si la construcción cumple con los estándares de falseabilidad, exhaustividad y coherencia lógica, y luego el análisis empírico para evaluar si el concepto ha sido refutado y/o replicado. (Lett, 2002)

5.2. Cuestionario en escalas cerradas

Los cuestionarios en escalas cerradas permiten obtener datos más fáciles de comparar, otorgando la posibilidad de medir algunas variables en forma cuantitativa. Para este estudio, se usó una versión ampliada del cuestionario usado por (Perez et al., 2015) con escalas Likert de 1 a 3 y de 1 a 5 para medir las variables de salud percibida, salud mental percibida y conductas de riesgo a la salud, ampliando el mismo a otras variables relacionadas a la identidad personal, identidad grupal, estigma, creencias en torno a la prueba VIH, percepción del trato por proveedores de servicios de salud, entre otros.

Este cuestionario en escalas se usó para investigar principalmente creencias y percepciones de la población TRANS y HSH en temas de vulnerabilidad percibida y apoyo social. El Anexo 1-2 presenta este cuestionario en escalas, mismo que será validado al inicio de esta investigación.

5.3. Reconstrucción de las Rutas de Búsqueda de Atención en Salud (Health Seeking Pathways-HSP)

El término "Trayectorias o rutas de búsqueda de atención en salud", se refiere a la secuencia de contactos que los individuos y las organizaciones, impulsadas por los esfuerzos de una persona enferma o sus seres cercanos, toman para buscar ayuda, así como la ayuda que es proporcionada como respuesta a estos esfuerzos (Rogler y Cortes, 1993:555). El camino que una persona recorre al momento de estar enferma está relacionado con su propio entendimiento del mundo, eminentemente cultural, y las condiciones socioeconómicas de su vida. El estudio de las HSP puede brindar luces sobre el entendimiento de las experiencias de las personas enfermas, en especial para grupos que sufren de estigmas impuestos o autoimpuestos, como en el caso de mujeres transgénero.

El acceso a la salud está determinado por varios factores a nivel micro y macro, donde la cultura juega un papel predominante en la escogencia de comportamientos particulares de búsqueda de ayuda. Los pacientes suelen tener modelos de búsqueda de atención en salud, dependiendo de sus condiciones socio-culturales y son estos modelos los que determinan a quién acuden primero y por qué. Culturalmente y socialmente se construye qué es la atención en salud y de qué manera se recibe.

Los HSP de las personas enfermas pueden ser complicados dependiendo del tipo de esfuerzo, de urgencia, la identidad de género, la edad, el apoyo social. Aparte de las explicaciones culturales que puedan complicar las HSP, y el racismo percibido o real, hay otros factores que pueden actuar como obstáculos en las vías en la atención, pudiendo ser de tipo estructural del sistema médico mismo (Gupta y Bhugra, 2009:363-364).

Mundialmente, varios estudios reconocen que las herramientas de acceso, control y regulación de la salud, cuando existen, siguen siendo en gran medida mal utilizadas. Comprender los factores que influyen el comportamiento humano respecto de formas de acercarse a los sistemas médicos y a las HSP, permitiría mejorar notoriamente las prácticas de salud. Con el fin de responder a las perspectivas y necesidades de la comunidad TRANS y HSH, los sistemas de salud tienen que adaptar sus estrategias, teniendo en cuenta los modelos que pueden influenciar la búsqueda de atención en salud. El Modelo de Creencias en Salud (MCS) es el más conocido en salud pública y fue desarrollado en la década de 1950 (Moreno y Gil, 2003:94). Este modelo está basado en:

- Creencias y percepciones de la persona enferma acerca del impacto de la enfermedad y sus consecuencias, que pueden depender de las percepciones referentes a susceptibilidad y severidad ante la enfermedad.
- Motivaciones de salud, o disponibilidad de atender y prestarle atención a la enfermedad.
- Creencias acerca de las consecuencias de las prácticas de salud, esto incluye los beneficios y las barreras, tanto materiales como psicológicas y espirituales, percibidas.
- Acciones influenciadas por factores internos y externos. Por ejemplo, naturaleza e intensidad de la enfermedad, síntomas, publicidad, campañas mediáticas, consejo de personas allegadas.
- Creencias y motivaciones en salud condicionadas por variables sociodemográficas (etnia, clase, edad, género, religión, etc.) y las características personales del comportamiento de la persona enferma.

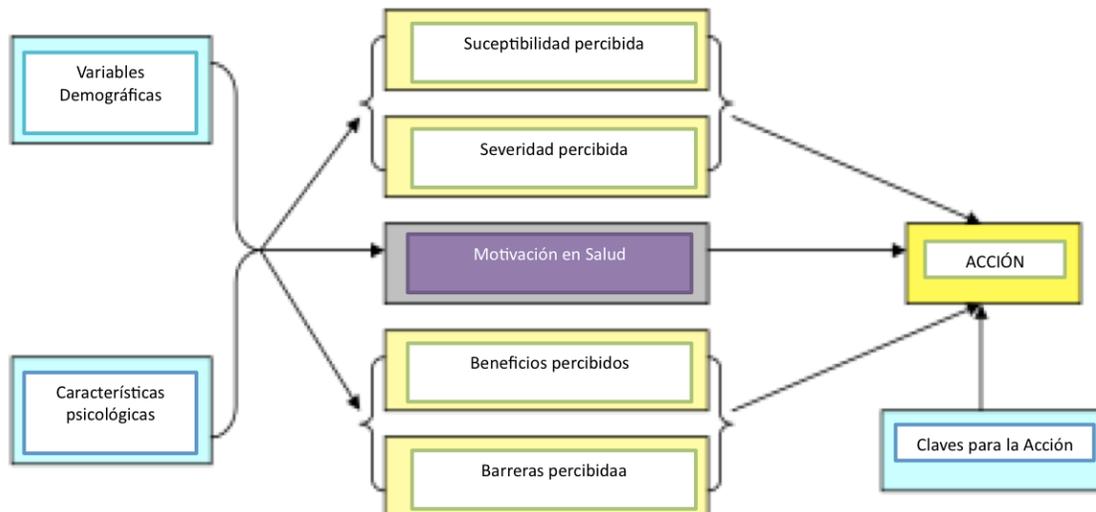


Figura 2: Diagrama de flujo del Modelo de Creencias en Salud respecto a las HSP. (Moreno y Gil, 2003)

En la presente investigación se utilizó un instrumento específico presentado en el ANEXO 1-1 para reconstruir las rutas de búsqueda de atención en salud de las personas TRANS y HSH, enfatizando salud sexual, pruebas VIH, tratamientos hormonales, entre otros, con énfasis en las barreras y beneficios percibidos que motivan o limitan la acción. Cabe aclarar que el Anexo -11 presenta el instrumento base de entrevista para recabar datos de estas trayectorias (preguntas 19-27), mismas que fueron reconstruidas posteriormente por medio de matrices de análisis, y presentadas de forma sintética en diagramas de flujo.

5.4. Análisis de la red social personal

Sluzki (2010) sostiene la idea que las redes sociales tienen un fuerte impacto en la salud de las personas. Esta influencia puede ser negativa o positiva. Así, una red social de apoyo fuerte y consolidada para el paciente se traduce en mejor salud. Las redes sociales pueden ser mapeadas, en dicho proceso se pueden identificar tres niveles de intimidad que pueden vislumbrarse como círculos concéntricos: a) personas “cercanas al corazón”, posiblemente padres, hermanos, buenos amigos o personas especiales; b) conexiones sociales; y c) contactos ocasionales (Sluzki 1979). El mapeo de las redes sociales personales puede dividirse en cuatro cuadrantes principales: familia, amigos, comunidad y compañeros de trabajo o estudio, dichos cuadrantes están conectados a través de tres círculos concéntricos que van de distante a íntimo.

Las características estructurales de una red social incluyen tamaño, composición, densidad, dispersión, grado de homogeneidad o heterogeneidad y la dominancia de funciones emocionales y sociales específicas. Las funciones de una red social personal son apoyo emocional, acompañamiento social, guía y consejo, apoyo material y conexión con otras redes. En general, un análisis de las redes sociales personales puede exponer componentes de vulnerabilidad y resiliencia relevantes para este estudio.

Otros investigadores han demostrado a través de sus estudios la pertinencia del modelo de Sluzki para comprender mejor la influencia del apoyo social en el proceso de salud – enfermedad. El modelo de Sluzki

fue utilizado para analizar las redes sociales personales de la población TRANS y HSH, pudiendo revelar además mecanismos por medio de los cuales se construye la identidad grupal y patrones de conducta grupal. El instrumento específico se presenta en el Anexo 1-3.

5.5. Grupo focal para devolución de resultados y exploración de reacciones

Un grupo focal incorpora a un grupo de personas especializadas o integrantes de cierto segmento de la población total de la investigación que se reúnen con el fin de profundizar en temas seleccionados. Los participantes pueden expresar sus opiniones en un ambiente abierto y de confianza de intercambio de ideas y experiencias (Steward y Shamdasani 1990). Los aspectos más relevantes a considerar en un grupo focal son que los participantes deben tener ciertas características homogéneas (esto se debe a que se quiere crear un ambiente de confianza para que se pueda participar libremente y no recrear los mismos esquemas de dominación de las sociedades). Son enfocados a aspectos específicos de la investigación y su propósito no es establecer un consenso, sino establecer percepciones, sentimientos, opiniones y dinámicas del fenómeno estudiado (Huerta 2005: 2).

Para esta investigación se realizó un grupo focal amplio que permitió presentar y validar los resultados de la investigación en el último mes del estudio, tras la aprobación del primer informe final entregado. Por validación se entiende la presentación de los resultados preliminares derivados del análisis de datos crudos de los cuatro instrumentos descritos con anterioridad. Con esto, se buscó obtener retroalimentación sobre secciones que pudieron ser mal interpretadas, opiniones y percepciones sobre las tendencias del grupo, así como para ampliar explicaciones que enriquecieran los modelos presentados. Los resultados de este grupo focal se incorporan en esta versión final del informe de investigación en un segmento separado dentro de cada sección del informe. Esta forma de presentación de resultados fue acordada con el personal de PASMO para diferenciar los datos provenientes de entrevistas individuales de aquellos construidos grupalmente.

Para seleccionar a los integrantes del Grupo Focal se solicitó a las Organizaciones de Referencia que ayudaron en el reclutamiento inicial, de invitar a todas las personas que completaron su entrevista, mas dos personas seleccionadas por conveniencia (líderes activos de dos de las organizaciones de HSH y TRANS que convocaron a los participantes). Por la distancia a cubrir y garantizar la participación de todos los interesados, se organizaron dos grupos focales separados, uno en Escuintla y otro en Ciudad de Guatemala. Se intentó asegurar un mínimo de 8 participantes por grupo focal. Dado que esta actividad no se considera investigación con sujetos humanos, no se proveyó un consentimiento informado adicional. El grupo focal en Escuintla fue programado para el 7 de Agosto 2017, al cual no se presentó ningún participante. El grupo focal en Ciudad de Guatemala se programó y llevó a cabo el 10 de Agosto de 2017, de 15:00 a 18:00 horas, en el cual participaron 17 personas (10 representantes del grupo HSH y 7 Mujeres Trans).

5.6 Perfil del Entrevistador

Los miembros del equipo de investigación que actuaron como entrevistadores cumplieron con el siguiente perfil :

1. Ser profesional o estudiante avanzado en una carrera de Ciencias Sociales, preferentemente en antropología, sociología o psicología.
2. Tener al menos una experiencia previa en proyectos formales de investigación cualitativa en ciencias sociales, habiendo actuado como encuestador o etnógrafo (saber aplicar guías de entrevista).
3. Capacidad y sensibilidad para trabajar con poblaciones vulnerables o minorías políticas, en tolerancia y respeto a sus valores personales, sin imposiciones de juicio o de ningún otro tipo.

El equipo de Investigación estuvo conformado en su totalidad por:

Dra. Mónica Berger	Investigadora Principal
MSc. Ana Vides	Investigadora Auxiliar
MSc. Luisa Mazariegos	Analista de datos
Alessia González	Asistente de investigación
Marielos Ceballos	Asistente de campo
Lic. Gabriela Quemé	Entrevistadora
Fernando Pena	Entrevistador

7. Consideraciones Éticas

7.1 Proceso de consentimiento informado

La aprobación de los protocolos de ética por parte del Ministerio de Salud de Guatemala (Protocolo 05-2016) y de PSI (Ref.22-2016), garantizaron la observancia de todas las normas estándar en la Investigación con Sujetos Humanos durante el transcurso de la investigación. Para detalles de estos protocolos, consultar con PASMO. Los Consentimientos Informados firmados por cada participante fueron blindados con códigos únicos de identificación y se presentan en el Anexo 2.

8. Resultados de la Investigación

8.1 Características Sociodemográficas de los Sujetos Estudiados

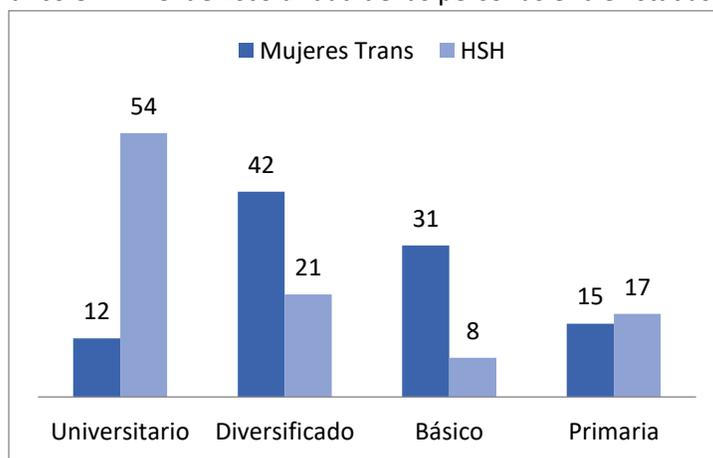
Dentro del Estudio Etnográfico en Salud con Población HSH y TRANS (PASMO/UVG) se llevaron a cabo entrevistas con población HSH y TRANS de dos departamentos Guatemala y Escuintla. Las entrevistas se llevaron durante el período comprendido del 29 de noviembre de 2016 al 28 de febrero de 2017. Se realizaron 50 entrevistas a profundidad: 25 en el departamento de Guatemala y 25 en el Departamento de Escuintla. De las 50 personas entrevistadas, 24 se identifican como HSH y 26, como TRANS.

Etnicidad, Edad y Escolaridad

En cuanto a la autoadscripción étnica, 84% se identifica como ladino o mestizo. El 6% se identificó como indígena, dos de los tres casos especifican su pertenencia a los grupos lingüísticos k'iche' y poqomam. El 4% de los entrevistados son originarios de Honduras y El Salvador. El restante 6% se define como "normal" o "escuintleca".

La edad de los entrevistados varía entre 17 y 63 años. La media en el grupo de HSH es de 30.2 años y en el de TRANS, 27.6. El nivel de escolaridad de los grupos muestra algunas diferencias, como puede verse en el Gráfico 8.1. El 54% de los HSH entrevistados tiene estudios universitarios, 21% de diversificado, 8% básico y 17% de primaria. En el grupo TRANS, solo 12% llegaron al nivel universitario, el 42% tiene estudios de diversificado, 31% de básico y 15% de primaria.

Gráfico 8.1 Nivel de Escolaridad de las personas entrevistadas (%)



En la Tabla 8.1.a (Consultar Sección 10 del Informe – Tablas de Referencia al texto) se presenta un listado de los participantes identificados por código, indicando el Departamento de residencia, grupo de referencia, edad, etnicidad y escolaridad. Esta tabla servirá de referencia para consultar las características esenciales de las opiniones de los participantes cuando se presenten citas textuales de entrevistas específicas a lo largo del informe.

Sistema de Creencias

En cuanto al sistema de creencias religiosas, el 44% de los entrevistados dice no practicar ninguna religión. El 34% profesa la religión católica. De ellos, el 41% se considera poco religioso y el 41% religioso moderado. El 16% de los entrevistados profesa la religión evangélica. La tercera parte de ellos tiene una fuerte religiosidad.

Relación de pareja y Tendencias Habitacionales

La mayoría, 85.4%, de los entrevistados son solteros: el 63% no tienen pareja, 22% tienen una pareja exclusiva y 15%, una pareja abierta. Al comparar ambos grupos, HSH y TRANS, resulta interesante destacar que el 38% de los HSH tienen una pareja exclusiva y el 8% una pareja abierta, mientras que en el grupo de TRANS, el 35% tiene una pareja abierta y el 8% una pareja exclusiva. El 89.6% manifiestan ser sexualmente

activos. Del total entrevistados, el 26% fueron diagnosticados con VIH positivo (29% de los HSH y 23% de las TRANS) y todos se encuentran en tratamiento.

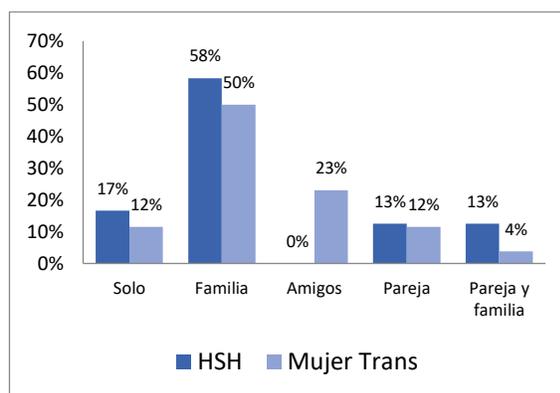
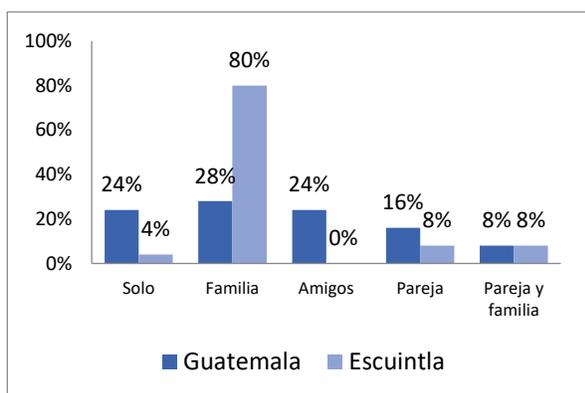
Tabla 8.1.b Relación sentimental y actividad sexual

Identidad	Relación de Pareja	Sexualmente Activo		Total
		Activo / a	No es sexualmente activo / a	
HSH	No tiene pareja	9	3	12
	Pareja exclusiva	8	1	9
	Pareja abierta	2	0	2
	Total	19	4	23
Mujer Trans	No tiene pareja	14		14
	Pareja exclusiva	2		2
	Pareja abierta	8	1	9
	Total	24	1	25

La Tabla 8.1.b evidencia que el ser sexualmente activo es una tendencia generalizada, independientemente de si se tiene una pareja o no. Solo para el caso de los HSH se percibe una ligera inclinación a no ser sexualmente activo si no se tiene una relación de pareja (13%), lo cual no se reporta en el caso de la población TRANS.

En lo referente al lugar donde residen, el 54% de los entrevistados vive con su familia, el 20% con su pareja (12% en forma exclusiva y 8% con su pareja y otros familiares), el 14% vive solo y el 12% con amigos. Al comparar estos resultados por lugar de residencia se observan algunas diferencias. La mayoría de los entrevistados de Escuintla, 80%, viven con su familia. Este porcentaje es mucho menor en Guatemala, en donde sólo el 28% vive con su familia, mientras que un porcentaje mayor, 24% vive solo y 24% con amigos. Las siguientes gráficas ilustran los datos comparativos por lugar de residencia y comunidad de residencia

Gráficas 8.1.a y 8.1.b Lugar de residencia de la población del estudio por región estudiada (Guatemala/Escuintla) y por tipo de población (HSH/Trans)



Ocupación Primaria, Secundaria y Fuentes de Ingresos

En lo referente al ámbito de empleo y generación de ingresos, **24% de las personas entrevistadas se dedican al trabajo sexual como ocupación principal.** Siguen en orden de importancia los trabajadores en organizaciones no gubernamentales (18%), los estilistas (10%) y los estudiantes (8%).

Las ocupaciones reportadas por los entrevistados son variadas. Los siguientes cuadros ilustran las actividades principal y secundaria reportadas por el grupo de HSH y TRANS.

Tabla 8.1.c Ocupación primaria reportada por la población estudiada

Ocupación	Identidad		Total
	HSH	TRANS	
Ninguna	8.3%		4.0%
Desempleado	4.2%	3.8%	4.0%
Trabajador sexual		46.2%	24.0%
Estudiante	16.7%		8.0%
Estilista / Maquillista / Salón de belleza		19.2%	10.0%
ONG	29.2%	7.7%	18.0%
Maestro	8.3%		4.0%
Mensaiero / Cobrador	8.3%		4.0%
Dueño de carnicería	4.2%		2.0%
Empleado en comercio	4.2%		2.0%
Contador	4.2%		2.0%
Paraqueo	4.2%	3.8%	4.0%
Garnachería		3.8%	2.0%
Venta de leña		3.8%	2.0%
Diseño / Publicidad	4.2%	3.8%	4.0%
Cuidado de ganado		3.8%	2.0%
Ama de casa		3.8%	2.0%
Otra	4.2%		2.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Más de la mitad de los entrevistados no reporta una segunda ocupación. El siguiente cuadro muestra las ocupaciones secundarias reportadas por comunidad de referencia.

Tabla 8.1.d Ocupación secundaria reportada por la población estudiada

Ocupación	Identidad		Total
	HSH	TRANS	
Ninguna	41.7%	65.4%	54.0%
Trabajador sexual	4.2%	11.5%	8.0%
Estilista / Maquillista / Salón de belleza		7.7%	4.0%
ONG	16.7%	3.8%	10.0%
Diseño / Publicidad	4.2%		2.0%
Trabajos varios	8.3%		4.0%
Taller de costura	4.2%		2.0%
Empresa de catering	4.2%		2.0%

Bar tender		3.8%	2.0%
Vendedor ambulante		3.8%	2.0%
Negocio familiar	4.2%		2.0%
Dueño de panadería	4.2%		2.0%
Otra	8.3%	3.8%	6.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Las fuentes de ingresos se muestran en la Tabla 8.1.e. En el caso de las mujeres TRANS, casi la mitad de las personas entrevistadas viven de los ingresos como trabajadoras sexuales, seguido en importancia por trabajos en salones de belleza, con el 23.1%. Entre los HSH, el 20.8% trabaja en organizaciones no gubernamentales y el 16.7% depende del ingreso de familiares.

Tabla 8.1.e Principales fuentes de ingreso

	Identidad		Total
	HSH	Mujer Trans	
Ninguna	8.3%		4.0%
Trabajador sexual		46.2%	24.0%
Estilista / Maquillista / Salón de belleza		23.1%	12.0%
ONG	20.8%	3.8%	12.0%
Maestro	8.3%		4.0%
Mensajero / Cobrador	8.3%		4.0%
Dueño de carnicería	4.2%		2.0%
Empleado en comercio	4.2%		2.0%
Contador	4.2%		2.0%
Parqueo	4.2%	3.8%	4.0%
Garnachería		3.8%	2.0%
Diseño / Publicidad	8.3%	7.7%	8.0%
Trabajos varios	4.2%		2.0%
Taller de costura	4.2%		2.0%
Negocio familiar	4.2%	3.8%	4.0%
Apoyo de familiares	16.7%	7.7%	12.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

8.2 Construcción de la Identidad Individual y Grupal: la influencia de las Redes Sociales en la Toma de Decisiones

Las redes sociales afectan positiva o negativamente la salud de una persona y la salud afecta, a su vez, la disponibilidad de dicha red. Varias investigaciones recientes proporcionan evidencia sobre el impacto de variables microsociales sobre la salud, la curación y el bienestar general. Nuestra red social personal es un tejido social estable pero que evoluciona y se constituye por familiares, amigos y conocidos; conexiones de trabajo y estudio; y las relaciones resultantes de nuestra participación en organizaciones comunales formales e informales, incluyendo religiosas, sociales, recreativas, políticas, vocacionales, relacionadas con la salud, y similares. Nuestra red social incluye, de hecho, todos aquellos con quienes interactuamos y que nos distinguen (y, recíprocamente, lo distinguimos) entre una multitud. Este capullo social nos acompaña durante toda la vida y constituye un repositorio clave de nuestra identidad (Sluzki, 2010). Sluzki

(2010) sostiene la idea que las redes sociales tienen un fuerte impacto en la salud de las personas. Esta influencia puede ser negativa o positiva. Así, una red social de apoyo fuerte y consolidada para el paciente se traduce en mejor salud. El mapeo de las redes sociales personales puede dividirse en cuatro cuadrantes principales: familia, amigos, comunidad y compañeros de trabajo o estudio. Dichos cuadrantes están conectados a través de tres círculos concéntricos que van de distante a íntimo.

En contraste con un gran número de estudios que han examinado las redes sociales de adultos en la población general, los estudios en red específicos para los adultos lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT) son limitados (Erosheva, Kim, Emler, & Fredriksen-Goldsen, 2016). Entre los adultos LGBT, se ha encontrado que el aumento del tamaño de la red social está inversamente relacionado con la mala salud general, discapacidad y depresión (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). Además, el tamaño de la red social parece atenuar la relación entre el estigma internalizado y la mala salud general en estas poblaciones (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). Es evidente entonces el importante rol que tiene entender la dinámica de las redes sociales en el presente estudio.

Para recuperar la salud se necesitan múltiples formas de capital. El capital social es "el conjunto de los recursos reales o potenciales que están vinculados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de mutuo conocimiento y reconocimiento -o, en otras palabras, a la pertenencia a un grupo- que proporciona a cada uno de sus miembros con el respaldo de la colectividad" (Bourdieu, 1986). Aunque los individuos carezcan de capital social personalmente, la existencia del mismo en sus redes de apoyo social les permite beneficiarse indirectamente. El concepto de capital social, por tanto, implica una noción de relaciones sociales (es decir, la red social) como un recurso disponible (por ejemplo, apoyo social). El capital social puede definirse como una función de la estructura social -un sistema de relaciones sociales- que produce ventaja para los individuos que están dentro de esa estructura (Erosheva et al., 2016). Los lazos sociales -con parientes, parejas, hijos adultos, amigos, vecinos o con compañeros de organizaciones- constituyen capital social que es utilizado de distintas formas para mantener y mejorar la salud.

Basado en la teoría del capital social, el tamaño de la red social es la característica más básica de la red social que proporciona un vehículo para los recursos sociales -sobre todo el apoyo social- que pueden ser beneficiosos para la salud y el bienestar de las personas (Wrzus, Hänel, Wagner, & Neyer, 2013). Otra forma de capital social es la diversidad de la red, que definirá las conexiones disponibles con otras redes y, por tanto, el acceso a diferentes tipos de recursos. Con el fin de determinar el tamaño y diversidad de las redes sociales de los y las participantes, se trabajó una identificación de actores en momentos clave, lo cual permitió tener una idea concreta sobre los recursos sociales disponibles en general y por grupo.

Camino al Auto-reconocimiento: Construcción de Identidad

El proceso de revelación de la orientación sexual e identidad de género puede tanto reforzar relaciones sociales como conllevar riesgos de rechazo, prejuicio e incluso violencia, dependiendo del entorno. En este sentido es importante recordar que el proceso de revelación suele incluir personas de diferentes dominios de vida: trabajo o escuela, iglesia, vecindario, la familia de origen, etc. La escogencia de una persona de determinado entorno como parte de la revelación es fundamental para conocer las redes de apoyo que están accesibles y a las que más se recurre (D'Augelli, Hershberger, & Pilkington, 1998). En este estudio, las personas a quienes más recurrieron las y los participantes en el proceso de revelación de la identidad de género y orientación sexual fueron amigos cercanos (78.6% de los que proporcionaron datos,

n=28). Sin embargo, se observan diferencias marcadas entre grupos en cuanto a qué personas escogieron para este momento tan fundamental. En el caso de los participantes HSH, se observa que recurrieron en primera instancia a miembros de su núcleo familiar (padre, madre, hermanos/as) y a su círculo de amigos en igual medida. Existen pocos casos de personas que recurrieron a miembros de su familia extendida, de alguna congregación religiosa, institución educativa o profesional de la salud mental. En el caso de las participantes Trans, se observa que recurrieron en primer lugar a un círculo de amigos y hasta en segundo lugar escogieron a alguien del núcleo familiar. También se observan diferencias entre regiones, ya que mientras los y las participantes de la capital recurrieron en primer lugar a su familia nuclear, las y los participantes de Escuintla se acercaron primero a sus círculos de amigos. Lo anterior puede responder a que las familias en Guatemala tienen mayor información y apertura ante la diversidad sexual y de género, mientras que en Escuintla se mantienen los valores tradicionales tendientes a la homofobia. Actualmente, la mayoría de participantes, 91.8% (n=49), ha revelado a sus familiares y otros círculos cercanos su orientación sexual y/o identidad de género. Asimismo, en ambos casos se observa una apreciación mayoritariamente positiva sobre el momento y los resultados asociados a la revelación (77%, n=48).

“Con mi hermano. Con un mi hermano. Él llevaba a sus amigos y me gustaban y le decía: ‘¿Cómo se llama tu amigo?’. ‘Fulano de tal, ¿por qué, te gusta?’. ‘Sí’. ‘Ahí te lo voy a conectar’. Solo él era el que lo sabía y todo el tiempo, hasta la fecha, el nunca divulgó nada de lo que yo era. Hasta me lo llevaba, él me lo llevaba. Sí...” EH26

“A mí mamá le gusta dormir en las tardes. Esa vez yo me iba a acostar ahí en las tardes, estaba ahí acostado nada más, no estaba trabajando todavía, ella me abrazó y me dijo, NOMBRE, me dijo, si, a vos te gustan los hombres, me dijo ella a mí. A mí no me gustan los hombres, le dije yo, a mí me gustan ciertos hombres, le dije. Si le dijera que me gustan los hombres es que me gustan todos, le dije yo. Como sos, me dice y se me quedó viendo. Es que es la verdad mamá, y usted ya lo sabía, le dije yo. Si, pero vos nunca me lo has dicho. Sí, pero usted nunca me lo había preguntado, le dije. Y me abrazó y lloró. Ella lloró. Y yo también lloré de verla.” EH33

Aunque inicialmente la reacción pueda ser de sorpresa o negativa, entre la población HSH eventualmente se percibe con un resultado positivo. Los siguientes fragmentos muestran la posible ambivalencia de la respuesta y cómo con el tiempo se convierte en algo positivo. Asimismo, muestran la complejidad al escoger el momento de la revelación y los elementos que se han tomado en cuenta. Dada la alta carga emocional implícita en la revelación y lo que se pone en juego, la escogencia de este momento puede tomar un largo tiempo y ser parte de un proceso muy largo de definición de la identidad de género y la orientación sexual. Para la población Trans, el momento de comunicar su identidad a la familia parece ser un poco más complejo, provocando reacciones violentas o de rechazo.

“De entrada se puso como que triste, pensó que ella había hecho algo malo. Me empezó a preguntar que por qué decía yo, que si había estado con algún hombre, a esa edad, no, nunca había experimentado nada. Y no entendía entonces por qué yo decía eso. Pero yo le explicaba que me sentía atraído por los varones, no por mujeres. Pero toda mi familia actualmente lo sabe y nunca he sido rechazado ni discriminado por la situación. Por lo contrario, siempre me han apoyado.” EH44

“Con mi hermano fue como: “¿Es en serio?”. Y yo: “sí”. “A va, igual te quiero”. No fue como gran, mayor escándalo. Mi hermana me dijo: “¿Estás seguro? Si necesitas apoyo yo voy a estar... ¿Ya le dijiste a mi mamá? ¿Ya le dijiste a tu papá?” Que no sé qué... Yo: “No pero ya se los voy a decir,

va". Cabal a los días de haber cumplido 18, ya les había dicho a mis hermanos antes. Llego mi mamá y le dije: "Mira, me gustan los hombres". Pero sí estaba algo nervioso, pero yo había tocado terreno antes, como dos meses antes. Tocando temas como: Que no sé quién era gay y cosas... O sea le tiraba bombas para saber cuáles era sus reacciones. O sea, yo creo que yo no me muevo como... Un paso en falso, digamos. Me aseguro antes de dar un paso, para estar seguro... Si ya no sé, tomo una decisión: Sí o no. No me gusta estar en "Tal vez", soy muy decisivo y mi mamá fue como: "Ya me lo imaginaba". Los papás saben, y me dice: "Pero, ¿estás seguro? Sabes que en este ámbito es como muy peligroso la cuestión de salud". Y yo: "Sí", le dije yo, "Pero pues... No puedo hacer nada: Así nací, así soy, verdad". "Bueno". Y mi papá solo fue así como su primera... Le dije: "Mira, que no sé qué, me gustan los hombres". No le dije "soy gay", sino "me gustan los hombres". Y él: "¿y qué?". Me friqué más pensando qué podría decir... Me dice: "Si no molestas en la casa, si respetas las reglas, si apoyas... ¿qué te puedo decir yo?", me dice. Fue como soy gay: ¡qué me importa! Y desde ese momento me dejó de importar todo el mundo. O sea, ya con el apoyo de mis papás siento que tenía como un respaldo mucho más grande. No solo era ya como defenderme a mí mismo, sino con más respaldo de amigos y familiares, tenía más... O sea, cada vez más, me empoderaba de mi persona. Cada vez me conocía más, cada vez me relacionaba más fácil y no me enfocaba en que soy gay y tengo que hacer ciertas cosas... Sino que soy gay porque me gustan los hombres y punto, todas las demás cosas vienen adheridas... Soy una persona común y corriente que hace sus cosas, como otras personas." GTH06

"Bueno, reaccionó (mi hermana) 'no puede ser, vos no sos así'. Ah, le dije yo, 'la verdad, lo soy'. 'Y qué vas a hacer? Imaginate, cómo le vas a decir a mis papás?'. Ah bueno, tarde o temprano tengo que abrirme y decirles de que, la realidad que soy gay. Bueno, me dijo, ahí miras que hacés. La pequeña prácticamente no me aceptó en el inicio, verdad. Fui a pedir consejo con mi hermana grande. Le dije. Ella se puso a llorar porque me dijo que como era yo, que cómo fue que llegué hasta eso. Y yo le dije que la verdad yo no era, que simplemente fue una cosa repentina, que llegó, lo soy. Bueno. Me dijo, de acuerdo, me dijo ella. 'Sos lo que sos, que podemos hacer, sos mi hermano, yo te apoyo en todo siempre y cuando te vistas a lo que sos, a hombre'. A los 14 años, yo conocí a un chico [en un futuro se volvió en mejor amigo] que era, más que todo Trans, porque él usa su ropa de mujer (...). Y yo le dije, que como fue que él se abrió ante el mundo. Y le empecé a preguntar todo. Pues yo dije, este es un libro abierto, él me va a ayudar, me va a ayudar a reflexionar cómo tengo que ser yo. El me empezó a explicar de que todo lleva un proceso, pero los procesos son largos y a veces duros. Que la gente lo humilla a uno y todo, por ser uno de diferente sexo. Pero me dijo que tarde o temprano tendría que aceptarlo la gente. Pues yo fui tomando sus consejos, no me ayudó para mal, sino que me ayudó para bien. Porque mis hermanas a veces dicen que él fue el me ayudó para mal, porque desde que me junté con él yo comencé a destrabarme en la ropa, en mi comportamiento y todo. Pero no fue así porque me ayudó bastante. Prácticamente me ayudó a abrirme más hacia las personas para poderme poner en un buen ambiente, más que todo." ET42

Como se observa en los fragmentos anteriores, el proceso de definición y revelación de la identidad de género y orientación sexual no inicia ni concluye al momento de la primera revelación. En muchos casos, el hacer una revelación abre el camino para continuar con este proceso que eventualmente lleva a una revelación más amplia en función de los tipos de redes sociales que incluyen. El siguiente fragmento es un ejemplo de cómo se va dando la revelación de unos espacios a otros.

“Fue con una amiga que me motivó a salir del closet. Me motivó y me decía que si yo era así lo aceptaba, y que no tuviera pena de la sociedad, porque la sociedad no me podía criticar. Vine yo, tuve valor y se lo dije a mi mamá, y mi mamá me comenzó a charlar y me aceptó.” ET32

En este proceso, las redes de apoyo social se constituyen en recursos valiosos. En este sentido, las personas que pertenecen a diferentes círculos sociales pueden jugar diferentes roles en el proceso. A nivel general se observa que las personas que se consideraron instrumentales en este proceso fueron quienes estaban en el círculo de amigos (57.7%), seguido por miembros del núcleo familiar (22%) y pareja sentimental (17.7%). Un 11% de la muestra manifestó que la fuente primordial para enfrentar este proceso, provino de organizaciones que trabajan el tema de la diversidad sexual. **Se observa que las personas de Guatemala consideraron como instrumentales en el proceso principalmente a miembros de su familia nuclear, mientras en el caso de Escuintla fueron principalmente personas del círculo de amigos. En el caso de la población Trans, se observa que han obtenido información de forma autodidacta y a través de organizaciones. Es importante notar que existe variabilidad entre HSH y Trans en función de los lugares en donde pueden encontrar información o apoyo. Este también es el caso para la población HSH, que hace uso de organizaciones de apoyo a la diversidad sexual en algún momento del inicio de su construcción de redes sociales.**

“Primero estaría yo, porque yo siempre he sido muy seguro... Osea de mis cosas o tal vez he sentido de que estoy seguro de tomar las decisiones correctas. Osea de saber que estoy tomando la decisión correcta para mí. Entonces, creo que uno fue propio el apoyo y segundo fue que se lo dije a unas amigas. Fue como “a va no importa”, se lo dije a otros amigos, que no sé qué... Un mi cuate terminó diciéndome “vos también me gustas” y yo: “¿qué? Te estoy contando que soy gay no otra cosa”. Y con mis familiares que también me dieron apoyo, fue como muy sencillo todo, la verdad. Sí fueron un apoyo...[organizaciones del rollo] Sí, fueron un apoyo. Fue para crearme una idea más concreta de mí o sea conociéndome a mí. Como estaba en ese proceso de: “Será esto, será lo otro, qué se yo: Puedo probar esto o lo otro... No sé”. Ya llegando a las organizaciones miraba a otros chicos con otras problemáticas, entonces era como... Entonces ya me iba haciendo como una idea más concreta de todo esto.” GTH06

La Identidad como un Continuum de Alta Variabilidad y Fluidéz

Resulta importante aclarar que a lo largo de todas las entrevistas, la población HSH y Trans manifestó su descontento a ser usualmente enmarcados por este tipo de estudios en categorías estáticas de identidad, que ellos asocian con etiquetas rígidas que perpetúan estereotipos sociales. La primera crítica se refirió a abordar simultáneamente a ambas poblaciones en cualquier estudio o intervención, pues consideran que tienen características y necesidades sumamente diferentes entre sí, específicamente en lo respectivo a necesidades de salud. Por tanto, hicieron un llamado a separar las intervenciones mixtas para poder enfocarse en una u otra población.

Al preguntar a los entrevistados sobre la Identidad de su comunidad de referencia, el 100% de la muestra indicó que había enormes diferencias al interior de cada grupo. Hicieron amonestaciones severas sobre la visión simplista de ONGs y organizaciones de servicio que encasillan una gran diversidad bajo etiquetas como “HSH”o “Trans”, invitando a entender la elasticidad y fluidez de esos conceptos. Uno de los ejemplos más drásticos se vio en que al menos el 8% de la muestra había cambiado de identidad de género y orientación sexual varias veces a lo largo de su vida, influidos por aspectos de exclusión, de preferencia,

de oportunidad, y de influencia de las redes sociales e institucionales a su alrededor. En dos casos las personas saltaron del grupo HSH al Trans y viceversa, perdiendo el sentido de autoadcribirse a uno u otro grupo. Las categorías de variación en el reconocimiento de una identidad sexual en constante cambio y con matices muy diversos se aprecian en las citas siguientes:

“Hay **locas shumas, locas recatadas, hay gays obvios y gays no obvios. Hay gays reprimidos, gays disfrazados** porque me he topado de todo acá. Una vez me topé con un pastor evangélico, con este padre de familia que me habló precisamente ayer, el esposo de mi prima también. (GTH03)

“Yo siento que son diferentes ¿no? porque digamos que otros no se pueden sentir como yo me siento. O hay otros que están confundidos en verdad con qué es lo que quieren. Que tal vez quieren ser chicas o quieren ser hombres a la misma vez. Que pueden cambiar de un momento a otro.”(GTT08)

“Para mí, sí [hay diferencias]. Yo sí marco mucho eso. Para mí el **hombre homosexual normal** es una persona que mantiene su postura como tal, "yo soy hombre que me gustan los hombres, pero no porque me gustan los hombres me voy a pintar los labios, los ojos, no me gustan. **Considero que dentro de la homosexualidad si hay diferencias. Está el homosexual, está el travesti, está el transexual, están las trans.** Yo respeto cada una de esas tendencias, para mí son tendencias, pero muchas veces no comparto. Especialmente si me van a tocar a mí en la intimidad. Por ejemplo, para mí una tendencia es que se van acostumbrando a algo y se quedan con ella o a veces por mi conveniencia paso de hacer una cosa a otra sin que deje huella. Por ejemplo, yo conozco muchas personas homosexuales, hombres homosexuales que se han definido como tal, pero por consecuencia, a falta de trabajo o porque se enamoraron de un hombre que le gusta más lo femenino, entonces empiezan a vestirse de mujeres, porque o sino se me va a ir el fulano, entonces es una tendencia. Algo que no deja huella, algo porque tu momento es una conveniencia particular. No es porque yo lo quiera hacer, es a mí, viene un hombre y me dice "me gusta más si te pones un vestido", yo no lo voy a hacer porque no me gusta. Si así como viene, quinientos más siguen están haciendo cola. Entonces yo sí tengo muy definido lo que a mí me gusta y lo que yo soy. Las categorías las hacemos por medio de la sociedad o bien por medio de conceptualización, pero no creo que sea que porque yo sea un **hombre gay**, voy a ser mejor o peor que alguien. Ahí no me gusta entrar mucho, pero sí, respeto lo que le gusta a cada quien.”(GTH02)

“Eh.. digamos: todos los hombres que tiene relaciones sexo genitales con otros hombres casualmente y que no se identifican como HSH o gay o bisexual y se identifican como hétero, serían encasillados ahí. Porque la mayoría de hombres no se identificarían así. Si no, como bi o hay otros que dicen que son HCH pasivos o activos. Entonces se ponen diferentes nombres.” EH30

“Una diferencia es que ellas ya son unas mujeres. El sentido, el que ellas para mí ya son mujeres. Actúan, viven como una mujer. Eso es dentro de una mujer trans..género. En cambio uno de chico gay es diferente, porque no ve lo mismo. Como me dicen a mí, casi todo el mundo me conoce como Wicha, ¿por qué me dicen que ando siempre de hombre si me dicen Wicha? Porque ellos a mi me consideran una mujer trans, pero yo no me considero en este momento como una mujer trans, porque ando con barba y bigote. Les digo "bueno, si ustedes me quieren llamar así como me llaman yo no me voy a molestar". Y no me importa si ando con barba y bigote. Como dijo "hay este es hueco" dijo una persona, y vino otro de los chicos y me grita de una vez "Wicha". Me decía "este es hueco, ya no es una mujer, es hombre".” (GTH09)

“Transformista quiere decir que es una persona que solo se viste. Eso soy yo. Pero de día sos un chico gay, pero en la noche sos una mujer trans. Ese es el transformista. Y querer decir trans, ya estás definida que sos realmente, sos una chica que ya comenzaste cambios hormonales y ya comenzaste a dejarte crecer el pelo, ya comenzás a modificarte mucha cosas de tus facciones, de cara, comportamientos. A veces, los clientes lo buscan a uno como activa, o pasiva o versátil. Transexual, transgénera quiere decir que ya vas en, en cambios, por ejemplo, ya como, operaciones ya de bustos. No te han operado de tu miembro. Transexual quiere decir que ya sos una mujer de día y de noche. Ya sos una mujer completa, ya sos una mujer transgénera, ya no tenés, pasas un tiempo, una terapia psicológica, que te diga si ya querés hacer cambio de sexo, de hombre a mujer o la viceversa. Quiere decir que si querás seguir siendo transgénero o transexual. Ya sos, mira, hay un tiempo, un lapso que te dicen una terapia psicológica, de uno a dos años, para hacerte la operación que es una operación que se trata de que ya no tenés tu miembro, ya tenés tu vagina, ya sos una mujer completa. Ya eres una mujer transexual. (GTT14)

“Hay chicos gays que se refieren a los chicos gays de escasos recursos como ‘chilindrinas’, por ejemplo. Las hacen ver como que no se saben vestir o no tienen para vestirse o cosas así. También las, así como que... (menciona en silencio) ... ‘estas son las putas’. Entonces usan los términos así, pero tienes que estar dentro para conocerlo. Yo te puedo decir mis amigos tengo infinidad de amigos en la disco y yo sé quién es cada quién... que ‘la loca’, que ‘la chilindrina’, que ‘la pobretona’. Loca es que es muy obvio. Que es bien expresivo, que anda vestido como chico pero con ropa de mujer y que se pone delineador o se echa maquillaje. Aunque no sea **trans**, o que son ‘shucas’ por ejemplo. Les llamas a las travestis o a las trans que no se saben arreglar, que no se han podido producir, que no tienen la plata necesaria para producirse como una chica, como una mujer trans. Ajá puede ser de escasos recursos o **chilindirinas**, se refieren a personas que participan o que les gusta, o que se identifican como mujer trans o chicas travestis y al final, pues como no tienen los recursos económicos, se ven mal. Porque dejame decirte, para ser una **chica trans o una chica travesti** hay que tener un buen fondo económico o un buen ingreso económico. Porque estamos que te van a transformar por completo, entonces te cambian todo. Todo tiene que ser del más alto nivel, eh, estético o de calidad para poder sobresalir, para poder ser bien aceptada dentro del grupo. Hay requisitos para identificarte dentro de alguno de los estándares que tienen estipulados. Porque te digo hay chicos gays que tienen las posibilidades económicas y no tienen necesidad de trabajar y no son descriptivos. O sea, son humildes sencillo. Y hay chicos que no tienen nada pero se creen la última Coca-Cola del desierto (ríe entrevistadora) Entonces tratan de humillar a la gente y no se ponen a analizarse realmente ellos cómo son. (...) Cuando son así como que muy demostrativos como te decía. Eh, a veces no les dicen obvios sino que les dicen ‘pasiva’. Y tal vez ni juega ese rol, a la hora de lo sexual, sino que es activo. Solo por lo que ven te etiquetan. (GTH06)

“No somos iguales, habemos unas buenas y unas malas. Lo que pasa es que hay unas que son dulces, y unas que son amargas. Somos como diferentes. Unas que se creen importantes, la otra, no. Me entiendes. Y comienzan pleitos. Pero son cosas que entre veces, tal vez hay unas chicas trans que tienen dinero, se las llevan ya de uy, de grandes, que tal vez como uno es pobrecita, ellas quieren venir y quieren llevársela más que uno. Y en todo hay preferencias. (ET35).

En este continuum de identidad, saltan a la vista numerosas jerarquías y estereotipos internos que actúan como un sistema de clasificación de la población de la diversidad sexual, creando sus propias barreras o puentes de acceso a información y servicios de salud, como se verá más adelante.

Apoyo, Estigma y Discriminación: Construcción de Redes de Apoyo como Estrategia de 'Coping'
(Nota: Esta sección estaba en la 8.4 como Efectos Negativos, pero JW solicitó moverlo a esta parte sobre estigma y discriminación y redes de apoyo personal.)

El 54% de las personas entrevistadas manifiestan que sí han sufrido efectos negativos tangibles debido a su orientación sexual o identidad de género, en especial en el ámbito laboral (dificultad para obtener un empleo), en la prestación de servicios básicos y de salud, y en la habilidad para desenvolverse normalmente en un ambiente público recreativo, pero también en el acceso a educación formal. La principal razón dada para ello es la estigmatización negativa de la persona Trans o gay visible, lo que causa discriminación y rechazo abierto hacia la persona. La segunda razón dada por los entrevistados que materializa sentir efectos negativos, es la supresión forzada de su expresión de identidad en favor de gestos y actitudes sumamente masculinas. Esto se percibe entre la población HSH y Trans como una estrategia de camuflaje para poder obtener un empleo o acceder a un servicio, si bien parece causar descontento y una sensación de renuncia a sus derechos individuales.

“Por mi orientación que soy obvio, no me dan trabajo en cualquier lugar. En una maquiladora es fácil. En las maquiladoras le dan a uno trabajo porque dicen que los homosexuales somos creativos, los homosexuales somos pilas para coser. Esa ahí rápido te dan. Pero vas a un restaurante, como así, como ando yo ahorita vestido, rápido me discriminan, me dicen no, ¿por qué no? O si no te dicen "¿usted es homosexual?", te pregunta, "¿va a alguna institución del estado que lo atiendan por alguna enfermedad?". Tengo que decir que sí.

Por ser VIH, por ser de la diversidad sexual. Como te decía yo, a una mujer trans no la vas a ver trabajando en un banco. A una mujer trans no la vas a ver en una empresa grande. Igual, hay chicos, en algunas organizaciones, pero ya saben que son chicos gay va. Pero podés decir "mire, fíjese que soy gay, pero vivo con VIH" es más fácil que te digan "no", va. A mí ya me pasó varias veces. Entonces ahorita tengo, desde que me salí de OASIS no puedo conseguir un trabajo. Primero por mi orientación y como yo soy claro y pelado. "Miren, yo, denme trabajo pero tengo esto y esto y esto". Si me dan bueno sino. Ya no me afecta que me digan que no porque ya lo sé.” (GTT09)

“Supóngase que yo tenía mi pelo largo. Este año me lo tuve que cortar, porque, donde supuestamente me iban a dar el trabajo, me dijero de que con el pelo corto. De que no les gustaba a varones... pero les dije, “mi pelo no tiene nada que ver. Yo respeto mi trabajo; yo afuera de mi trabajo soy otra persona. Aquí en mi trabajo soy otra. Yo a mis compañeros, mis compañeras siempre voy a tener respeto hacia ellos”. “Pero usted”, me dijo, “se tiene que cortar el pelo”. “Vaya”, le dije. Me ponen quince días a prueba, y de ahí el supervisor me dice que no les parece. Y no me pagaron ni los quince días.”(ET36)

“Entre veces sí, como te lo he estado diciendo, incluso hasta en eventos. Incluso la misma señora tuvo que alegrarse con un director de una escuela porque quería que fuera a maquillarlo alguien de familia, no maquillistas de género trans. Entonces ella vino, de abusiva le dijo que él no era quien para juzgar si era estudiado o si había estudiado para burro, le dijo.” (ET35)

En algunas ocasiones, la falta de oportunidad de un empleo digno se correlaciona de forma directa con la imposibilidad de estudiar una carrera o incluso la secundaria. Al menos 8% de la muestra refirió que el abuso escolar, o el rechazo de sus propios padres, les llevó a tener que dejar la escuela, reduciendo sus oportunidades a futuro grandemente.

“Pues cuando andaba así como decía vestido, había como dice mucha discriminación y uno pedía un trabajo, pero igual, siempre se ha visto eso, que no sale, no lo aceptan a uno. (...) Hay como que todavía, lo ven extraño. Aunque hay, hay compañeros que han encontrado trabajos, que trabajan así, ya tienen una su carrera o algo. Eso solo si pudieron estudiar. Pero sí me han contado varias experiencias que les ha costado también. Pero que si se puede, a pesar de todo.” (GTH01)

Las referencias a episodios de violencia cometidos en su contra son recurrentes en casi todas las entrevistas desde una edad temprana, a excepción de algunos HSH capitalinos que se mueven en ambientes seguros y tolerantes (6%). Adicionalmente, casi un tercio de la muestra indica que en algún momento de su vida se han sentido “de menos”, con baja autoestima, debido a la forma en que se les trata en los círculos sociales más amplios en los que se mueven. Por ello, 25% de la muestra, todos HSH, asegura que desea mantener su identidad sexual en secreto. Para las mujeres Trans esto es casi una imposibilidad, por lo que deben enfrentar mayores índices de discriminación e incluso violencia abierta en su contra.

“Pues, si fuese un trabajo formal creo que si porque no, van dos veces que me corto el pelo de machito, y si te comentan. Me costó mucho conseguir trabajo y si conseguía solo un tiempo, después ya, tal vez, entraba de (Min 1:04:49 Inaudible) a dos semanas o al mes empezaban, me echaban porque sí. Ya me sentía como incomoda que hicieran comentarios y los tenía que aguantar, porque no. No me concentraba en lo que hacía y regresaba a lo mismo, trabajo sexual.”(GTT22)

Finalmente, una repercusión negativa fuerte que relatan casi la mitad de entrevistados, es la falta de acceso a servicios de salud otorgados de forma digna. Este tema se abordará en las secciones siguientes. Sin embargo, el siguiente relato permite ver cómo la orientación sexual puede actuar en detrimento, incluso, del acceso a sus seres queridos en un ambiente hospitalario.

“S: Solo, eh, ah es que es bien difícil también en el sistema médico, en el servicio médico porque aquí es tan deficiente, tan dejemos lo deficiente y la falta de sentido humano y común que puedan tener. Si no que también, yo llego y mi pareja no puede estar conmigo dentro de (la sala) si es una emergencia. Dentro de una clínica privada no te ponen obstáculos, pero dentro de lo público, o sea si vas, tu familia tiene que entrar contigo. ¿Y si tú familia vive lejos? Y tu único apoyo es tu pareja. Entonces, es un arma de doble filo.

E: ¿A ti te han dicho eso? No puede estar...

S: Eh, fue hace como un año y medio. (...) Yo paré con la mano fracturada. Me trajeron de emergencia al hospital, pero no, ¿cómo te dijera yo? Yo quería que él (su pareja) estuviera conmigo porque como que el apoyo era más fuerte, siento yo. Yo sabía que con él yo iba a estar tranquilo. En cambio, si hubiera estado con mi familia (me dijeran) ‘Ahorita te van a poner tu yeso’. En cambio él hubiera estado más atento, más al pendiente. Me hubiera dicho ‘mira no te movás yo voy a dar las vueltas’ o cosas por el estilo. Y cuando llegamos los dos al hospital (...), cuando entramos lo detuvieron en la puerta y le dijeron que no podía entrar. Que yo podía entrar solo.

E: Y ¿tú crees que era porque era notorio que ustedes eran una pareja gay?

S: Es que íbamos de la mano (ríe). Pero el doctor le dijo que solo estaba permitido que entraran mujeres al área de compañía. Entonces le pidieron favor que se retirara. De manera educada y todo, pero o sea...esa fue una forma de discriminación por ser una pareja gay.

E: Y ¿tú viste que sólo había mujeres o sí había hombres?

S: No, había señores adentro acompañando a personas, fuera hombre o fuera mujer, entonces molestó, pero en el momento no te pones a pensar en qué acciones tomar o qué hacer porque

estás preocupado por tu salud. Entonces, tu salud es como la prioridad en ese momento. Y luego analizas y dices bueno esto no era lo correcto. Pero ya no se podía hacer nada.”(GTH04)

Como ya se mencionó, las redes de apoyo son una vía para la adquisición de recursos sociales y materiales que permitan a las personas acceder a espacios o procesos de mejor forma que si lo hicieran por su cuenta. En este sentido, para enfrentar estigma y discriminación, una de las principales estrategias consiste en ampliar las redes de apoyo personal. Sin embargo, el acceso a determinados recursos depende del conocimiento de las personas en la red de apoyo social y la disponibilidad que tengan de los mismos.. Al observar a los participantes como grupo, se observan respuestas mixtas en cuanto a si las relaciones sociales fueron afectadas de manera positiva o negativa. Sin embargo, al observar cada grupo de forma separada puede verse que la población Trans percibe que su identidad de género ha afectado negativamente las relaciones con su familia (en dos tercios de los casos), mientras que en el grupo HSH se percibe de una forma positiva en dos tercios de los casos. Asimismo, las personas de Guatemala reportan que su orientación y/o identidad ha afectado su relación con miembros de su familia o comunidad de forma negativa (en dos tercios de los casos) mientras que en Escuintla la afección positiva y negativa se reporta con la misma frecuencia. El fragmento que se presenta a continuación muestra uno de los casos en donde se percibe una relación positiva.

“Creo que los primeros meses fue como raro, porque fue como... Creo que mi mamá, a la hora de decírselos fue como mi mamá: “Llevas condones y qué no sé qué”. Mi papá: “te llevo a Genetic”. Y cosas así como “mira, voy a ir a tal y tal lado”, y mi hermana “yo te llevo”. Y me iban a dejar, o sea creo que hasta más abiertos fueron conmigo. “Te vamos a llevar en carro, ¿a qué hora salís?”. Y yo: “ay me voy a regresar en taxi, no me hostiguen por favor”. Creo que no me afectó... La verdad es que no me afectó y no me sigue afectando. Creo que ya mi mamá sabe que si me acuesto como con 10, no le interesa porque soy yo... Siempre y cuando no lo afecte a ellos, como que no los tenga que implicar en algo a ellos que no les guste, no se meten. O sea, creo que son normativas de la casa.” GTH06

Sin embargo, en ambos grupos se observaron historias de discriminación y rechazo que provienen tanto de la familia nuclear y la familia extendida, como de la comunidad, llevando en varios casos al cese en la comunicación de estas personas con su familia y a la consecuente pérdida de redes de apoyo social.

“Pues mi hermana la mayor, al principio no me aceptaba. Ella no estaba de acuerdo que fuera así, que no era así, no estaba de acuerdo, pero al final tuvo que comprender. Comprendió eso. Y en una ocasión nos peleamos verdad y ya no quise tener comunicación con ella. Si se cortó la comunicación y ya no, ni con mi papá ni con nadie.” GTH01

“Sí, prácticamente, las personas que tenían hijos, ya grandes, donde vieron que yo en realidad era así, yo ya me empecé a vestir con ropa pegada, ya más que todo de mujer, ya le empezaron a decir a los chicos, los chicos ya tienen 16 a 15, porque mis amistades son de 14 para arriba, no muy chicos porque ya después se pueden presentar problemas. Los amigos que tengo, 16 a 15 años para arriba. Y la mamá le empezó a decir que no se juntara conmigo porque se le iba a pegar lo que yo tenía. Y bueno, la gente decía eso, la mayoría de personas decía eso, que era contaminoso, que se le pegaba. Yo agachaba la cara, me humillaba a ellos. Pero ya desde que (Nombre de la persona), que está en el grupo también de Fogata, me insistió a que yo viniera, a lo menos a oír, a escuchar una plática. Pues yo vine, la escuché, me ayudó bastante a decir no, soy lo que soy, y las personas no tienen por qué impedirlo. Si ellos me quieren hablar, pues que me hablen. Si no, pues no.” ET42

En algunos casos, aunque las familias estén dispuestas a proveer apoyo social de diversos tipos, no están equipados para proveer el tipo de apoyo que se necesita. La percepción de haber recibido el tipo de apoyo adecuado está dividida, percibiendo un poco más de la mitad de los participantes que sus familias sí les dieron un apoyo adecuado. Sin embargo, al separar los grupos se observa que los participantes HSH perciben que este apoyo fue adecuado en casi dos tercios de los casos, mientras que para la población Trans la opinión se encuentra dividida a la mitad. Al separar por regiones no se observan diferencias significativas. Esta percepción de apoyo o falta del mismo incluye desde proveerles los medios necesarios para subsistir, hasta aceptación de su identidad u orientación. Los fragmentos que se presentan a continuación muestran esta variabilidad y también las diferencias en las experiencias entre población Trans y HSH.

“Eh, tal vez no tanto verdad. Porque yo pienso de que sí, tanto el apoyo académico que he querido no me lo han dado. Por eso es que he pasado este proceso y es lo que tal vez no me han apoyado. Porque recuerdo desde que tenía los 14, 15, 16 años he trabajado 17, y siempre he trabajado para mantenerme. Hasta incluso yo mantengo de hecho a mi familia.” ET47

“También hay discriminación en mi familia; yo Trans. Porque así le voy a decir, yo ejercí mucho tiempo la prostitución en la capital. Yo era travesti. Chica Trans como le decimos nosotros y todo. Pero, supóngase, así en la casa mi papá me discrimina también por este motivo. Yo a veces me le quedo viendo, y a veces dicen que uno carga la maldición que los papás le han echado a otras personas. Una vez me sacó de mis casillas: “sí, que vos sos un hueco aquí”, me dio palabras ofensivas. “Mira”, le dije yo, “si yo soy así, por la maldición que le echaste a otra persona; que lo maldijiste, que te caía mal, que lo odiabas. Y yo por eso creo también Dios te mando tu recompensa, porque Dios no se queda con nada. Dios nos hace a todos perfectos, pero a veces uno escoge el mal camino, por los mismos errores tuyos que has discriminado a otras personas”. Porque él... mire, mi mamá me contaba que, “desde que naciste vos, él no te hizo una caricia, nada. No te cargó como cargó a tus otros hermanos, nada. Él te despreció, saber por qué. Saber cuál es el odio que te tiene”. ET36

“Sí fijate que sí, la verdad es que sí [me han apoyado]. O sea, yo he escuchado testimonios de chavos que dicen sí que la familia los echa de su casa, y sufren mucha discriminación por su familia, pero gracias a Dios a mí no me tocó. Porque no sé, nunca fui un mal chavo, siempre tuve buenas notas, siempre fui muy responsable. Siempre voy a ser el mismo chavo que ustedes conocen, solo que ahora con una orientación más definida.” GTH11

A pesar de que en la mayoría de casos los y las participantes consideran que sus familias les dieron un apoyo adecuado, tres cuartos consideran que pudieron haber hecho más para ayudarles. Este porcentaje aumenta al 85% en la población Trans que participó en el estudio. Esto se da especialmente en casos en que solamente algunos miembros de la familia les han aceptado y apoyado y otros les han excluido. Asimismo, los valores o creencias religiosas rígidas son mencionadas como factores que han influido en que hayan recibido poco apoyo de sus familias. No se encontraron diferencias entre regiones.

“ (Les faltó) un poquito más de comprensión y quizás ser un poco más cariñoso. También educarse un poco más sobre la situación.” GTH03

En la actualidad, más de la mitad de las y los participantes considera que tiene una relación positiva con sus familias. Esto es consistente en todos los grupos. Sin embargo, es importante notar que en muchos casos el proceso de restablecer las relaciones con la familia ha sido un proceso largo y que ha requerido el trabajo y esfuerzo de los miembros.

“Se llevan bien conmigo, me entienden y comprenden, aunque fue un proceso largo, sí entendieron incluso hace tres años que yo hice mi transición y empecé a tomar hormonas, aquí en Escuintla no hay un endocrinólogo y no apoyan este tipo de inclinaciones, la sociedad es muy machista, comencé a investigar por mí mismo para hacerme la transición.” ET48

“[...] gracias a Dios tengo el apoyo de mi familia y siento que no me ha afectado en lo absoluto porque hasta incluso mi mamá me compra mis cosas. De hecho, hasta mis blúmer verdad hasta mis tangas, hasta incluso me compraba mis maquillajes, hasta incluso me decía "mira así no te maquilles porque este no le va a esto". Y así y empecé y gracias a Dios pues ni con mi papá, ni con mi mamá ni con mis hermanos hasta incluso tengo también un sobrino de, casi cuatro años, tres años, cuatro años. Que de hecho no me dice mi verdadero nombre sino me dicen como mi nombre social verdad. Entonces siempre me respetan, nunca me han faltado el respeto. Al contrario, soy la persona que me adoran en mi casa y me siento satisfecha porque he ganado cierto respeto con ellos.” ET47

“[...] ahora ya lo puedo decir, si mi familia ya no me señala, ¿por qué voy a dejar que otro me señale? Si mi familia me limitó en un tiempo, y ahora ya no me limita, ¿por qué voy a dejar que otro me limite? Si yo me he ganado el respeto de mi familia, de la comunidad donde vive mi familia, y de los lugares donde he vivido. Yo me he ganado el respeto con respeto. Y mucha gente me dice, bueno, en el área de Jalapa tengo siete años de estar viviendo allá, y todos me dicen profe. Y después cuando tienen una duda, me dicen "mire, ¿usted es gay?". "Sí".” GTH12

En cuanto a la conformación del círculo social más cercano, el primer lugar en todos los grupos es la familia nuclear. En el caso de la población HSH, luego de la familia se encuentran amigos, seguidos de la pareja. En la población Trans, aunque el primer lugar es ocupado por la familia nuclear, al igual que en el caso anterior, el segundo círculo social más cercano son amigos del trabajo y en tercer lugar amigos en general. Es importante notar que por el tipo de actividades que realizan para generar ingresos, puede que exista un traslape importante entre estos últimos dos. Los grupos por identidad de género fueron mencionados en pocos casos como parte del círculo social más cercano. No se observaron diferencias significativas entre regiones. El siguiente fragmento muestra cómo los distintos grupos son percibidos como más o menos cercanos y cómo la percepción de la misma varía en función de actividades concretas.

“Si fueran mis amigos que son gays, por ejemplo, ninguno. Porque a veces, por ejemplo, cuando abrí el negocio, los invité, verdad, pensé que iban a llegar por apoyo, no llegaron. Entonces sentí que fue algo muy sencillo, si no lo hicieron, algo más delicado, creo que no lo harían. Ahora, de personas que conozco, como mis ex jefes, ellos sí me apoyan, de hecho, ayer me invitaron a almorzar porque saben que no estoy trabajando. Personas que han sido amigos, que he conocido, que son amigos de mi hermana, también ayer me dijeron dos amigas, te queremos ver, por lo que sucedió con el negocio, te queremos platicar. El apoyo general que siento que me pueden dar es escucharme. Escucharme y aconsejarme.” EH44

El tipo de apoyo social que se percibe de estos grupos también varía en función de los recursos que proveen. Es interesante notar que en todos los grupos se percibe que el principal tipo de apoyo recibido es emocional, seguido por apoyo en actividades de socialización y aceptación. Otros tipos de apoyo más tangibles como el económico e informacional se mencionan hasta en cuarto lugar al dividir por grupos. Sin embargo, al dividir por regiones, el apoyo económico constituye el segundo tipo de apoyo social más mencionado en Guatemala, mientras que en Escuintla se mantiene en el cuarto lugar. Los fragmentos que se presentan a continuación muestran los diferentes tipos de apoyo recibidos.

“Son indispensables, he tenido mucho acercamiento después de mis amigos para con sus familias porque me conocen mucho y he pasado muchas enfermedades con ellos. O sea, si me llego a enfermar, me he enfermado como dos veces de dengue y siempre me la he ido a pasar la enfermedad a casa de mi amiga, una de mis amigos. Siempre que hay una necesidad o me pasa algo, siempre son ellos los que llegan o a los que primero llamo y ahorita después de un año ya es más con mi pareja que ha tomado protagonismo verdad, pero realmente sí es como más mis amigos.” EH46

“Mi familia, tal vez porque no todos lo saben, pero fijate que de mi familia más cercana son mis hermanos. Ellos sí me apoyan no en el hecho de ser gay, sino en el hecho de que, por ejemplo, si es que me falta algo, yo tengo una deuda de la carnicería, tengo que pagar algo, yo llego, mira, préstame dinero o, dos o tres días yo te lo paseo. No hay motivo por el que no le dé. Ahora con mis, por ejemplo primos, primas, todo eso, no tengo mucha comunicación. Por lo mismo. Porque ahí si siento algo de rechazo.” EH43

Construcción de Identidad Grupal: Influencia en la Toma de Decisiones

Aunque en la conformación del círculo social más cercano se construye la mayor parte de puentes y barreras hacia subsectores sociales, resulta importante mencionar que en casi dos tercios de la muestra se profundiza sobre la importancia de grupos organizados o institucionalizados para acceder a espacios de identidad compartida, recreación, información o servicios concretos. De esta cuenta, las redes sociales personales se traslapan para ampliarse a redes grupales que influyen fuertemente en las decisiones del individuo.

En cuanto a la influencia del círculo social más cercano en la toma de decisiones, se observa que la mayor influencia de estos grupos está basada en cuestiones sobre cómo comportarse en sociedad, en primer lugar, y en decisiones de salud sexual y reproductiva. Al respecto, las entrevistas realizadas muestran que las redes de apoyo social se pueden constituir no sólo en fuentes de prevención de conductas de riesgo, sino también en fuentes de información de la localización de servicios de salud, las formas adecuadas de accederlos y cómo incorporar rutinas saludables que les ayuden a mantener o mejorar la salud. En casi todas las entrevistas se observa la tendencia a dar crédito a la información en salud sexual dada por los círculos de mayor confianza, tendiendo a actuar conforme el ‘grupo’ de referencia identitaria aconseje actuar. En este sentido, muchos HSH indican que terminan haciéndose la prueba de VIH o consultando servicios de salud por la presión que el mismo grupo ejerce sobre ellos, sintiéndose acompañados en momentos en los que se perciben vulnerables. En ocasiones, compartir actividades recreativas actúa como un medio de apertura de espacios de diversión en los que se transmite información importante que tiene un efecto fuerte sobre la toma de decisiones personales. Estos espacios de influencia son positivos o negativos dependiendo de la información que manejen los líderes naturales, o incluso del ‘ethos’ (estado emocional) que desarrolle el grupo de referencia. De esta forma se observa que los ‘chismes’ ratificados grupalmente tienen más capacidad de influir la toma de decisiones personales, moldeando preferencias

casi de forma inmediata. Solo en las entrevistas de quienes tienen mayor edad y experiencia en su proceso de formación de identidad, es que la influencia negativa del grupo ya no es tan importante. No se observan diferencias importantes entre regiones.

“La que está tomando hormonas, porque todavía las está tomando, le decimos ‘Mira, estás joven, cuídate porque eso después te va a traer problemas’. A la otra chica me dijo, ‘mira, ya tengo la receta’. –‘Asesórate de verdad, porque eso no te lo puede...’. Es como, todavía la gente hace dieta sin prescripción médica, y algunas pueden tener desbalance químico muy raro verdad.” GTT50

“Yo tomo muy en serio los consejos que me dan (en estos grupos). Las recomendaciones y todo eso. Con mi pareja vamos, a pesar de que los dos comenzamos como hace como unos cuatro meses para atrás ya tenemos nuestra intimidad sin protección verdad. Entonces nos respetamos. Pero si siempre estamos constantes con nuestro chequeo médico. Con nuestras pruebas. Ya me toca ir el otro lunes a la prueba él le toca el martes y así sucesivamente.” ET41

“Eh... Pues la opinión de mí para ellos y de ellos para mí, eh... bastante porque al menos allí donde yo vivo con toda la gente de allí de la comunidad, este.. me llevo muy bien con todas las personas. Yo platico. Hay quienes tal vez tienen dudas de uno, ¿verdad? Porque hay personas que son tal vez, (breve pausa dubitativa)... ¿cómo le dijera? que... que son... ignorantes, ¿verdad? Entonces hay veces que yo les he hablado así abiertamente. (...) Sí se preocupan bastante, porque por lo menos en lo que es... En la salud, en lo que la adherencia de lo que es el medicamento.” ET27

“Ay, influye bastante (lo que dice mi círculo de amigos cercanos) porque tengo que ver si alguna de mis decisiones no les va a traer repercusiones negativas o positivas a alguno de ellos. En el trabajo, en la vida, personal. También, tengo que estar consciente de lo que escribo en el muro de cada uno de ellos porque sé que tienen familia y debo respetar. Por eso tengo que pensar las cosas dos veces, digamos subir una foto mía vestida. Yo sé que algunos de mis amigos lo van a aceptar totalmente “ay qué bonita te miras”. Pero, hay otros que mejor lo elimino, así son.” GTT23

En muchos casos, las redes de apoyo social actúan directamente para brindar apoyo instrumental en mantener acceso a requisitos mínimos de salud.

“Gracias a dios siempre hay alguien que me apoye en esta vida. Y así fue como te digo creo en él. Tengo mi mejor amiga, que es como mi hermana, que va a venir el jueves. Ella es una mujer trans, (Nombre) se llama. Ella me dice “usted tiene para sus pastillas”, no, “tenga, aquí están cincuenta quetzales, que le sirvan”. Aunque sea frijoles como. Ella me ha ayudado mucho. Y hace poco estuve, la hermana de ella, nos llevó para Jutiapa. Me atendieron como si fuera parte de la familia. Me hizo sentirme wow, qué bien que tengo alguien que se preocupe por mí. Eso hizo ella por mí. Y otros compañeros que he tenido, pero no es igual a esa amiga. Ahora ella es líder de un grupo de mujeres Trans porque por su actitud se ganó su confianza.” (GTH09)

Por otro lado, en algunos casos los entrevistados perciben algún grado de presión por parte de las redes sociales que convergen fuertemente con organizaciones de apoyo, respecto a la forma en la que el individuo debe autorepresentarse para encajar mejor con la identidad de grupo. Esto es palpable especialmente entre las mujeres Trans de Ciudad de Guatemala (dos tercios de la muestra).

“Sí existieron (las organizaciones de apoyo), porque todavía digo que existieron, como OASIS. Porque como hablamos con esta mi amiga, justamente hoy, que lamentablemente solo fue de beneficio para ellas, no de beneficio para nosotras, nosotros. Y por eso no existe algún grupo específico que te digas ‘yo comienzo en este ambiente, y no sé que hacer, y voy a ir a una

organización a que me orienten'. Me van a orientar mal porque solo entre los chicos se da ese ese. Va a haber mucha orientación que no es la correcta la que te van a dar. Bien, en parte sí nos dan apoyo en definirnos. Pero, como entre veces, si yo no me quiero definir directamente sería un poquito mucho de problema. Porque si va a venir una organización que te dice "ay, es que tenés que ser así" o "tenés que hacer esto para ser una mujer trans". Y las mujeres trans en sí no todas trabajan el comercio sexual. Hay mujeres que trabajan en salón de belleza. Hay amas de casa, chicas que están en su casa. Gente que tiene como una mujer normal. Pero sí, en ese sentido es más la comunidad la que está más abierta a eso. Aunque eso es en todo, no tanto a las mujeres trans." (GTH09)

En el **Grupo Focal** se amplió la información a la importancia que tienen los estratos socioeconómicos internos en los grupos de apoyo a la población de la diversidad sexual, señalando que a mayor estrato social tiende a haber mayor rechazo hacia otros miembros de la población y hacia sí mismos, "pues hay más clasismo y conservadurismo en los estratos económicos altos". Esto pone de manifiesto el cuidado que tienen muchas organizaciones de la forma en la que reclutan a sus miembros que trabajan como voluntarios, aparentemente teniendo cuidado de evitar este tipo de estrato de forma muy prominente.

8.3 Organizaciones de Apoyo a la Población de la Diversidad: preferencias y limitantes

Se indagó sobre el conocimiento que la población HSH y Trans muestreada tiene respecto a la existencia de organizaciones que prestan servicios de apoyo específicos para sus necesidades, incluyendo el conocimiento de oferentes de servicios de apoyo en procesos de definición de identidad, proveedores de servicios de salud, y proveedores de servicios específicos de salud mental.

Organizaciones de Servicio que apoyan aspectos de Construcción de Identidad

Al preguntar si la persona conocía organizaciones que apoyaran de alguna forma a su comunidad de referencia en procesos relacionados a la definición de su identidad de género u orientación sexual, el 68% de la muestra indicó que sí conocían alguna. Esta tendencia se ve más marcada en el caso de la población HSH y Trans de Ciudad Guatemala, donde el 83% conoce organizaciones que les apoyan en estos temas, mientras que en Escuintla solo el 53% reportan conocer alguna organización. Esto probablemente se relaciona a una mayor densidad de organizaciones que trabajan con la diversidad en el Departamento de Guatemala que en Escuintla.

"Uno, conozco a SOMOS. Dos sería el CAS, Lambda, Odasá, Odiscea. Todas esas organizaciones: Gente Nueva, (Nombre de organización 1:0759 *), hay un montón. Creo que es más como experimental, es como que te des cuenta. No para que te diga: "Así debe ser", porque cada mente camina diferente. Entonces, es como mejor: Vení intégrate a algo y ves cómo te moves dentro de eso. Y te vas a dar la idea de "ah, sí soy así"." (GTH06)

"Creo que no hay una organización, que tenga orientación definida o como una clínica donde las personas puedan llegar, convivir, no lo vería así. No, tenemos. Solo podemos tener a través de grupos de... ahorita de activistas que tenemos aquí en Escuintla, y nosotros sabemos si los referimos ¿verdad? Pero que haya un lugar específico, no."(EH28)

La importancia de estos espacios seguros en los que se puede indagar sobre la propia identidad y crear espacios de diálogo con otras personas en situaciones similares, es recurrente a lo largo de las entrevistas.

La construcción de la identidad de grupo, que puede actuar en favor o en detrimento de conductas saludables, muchas veces inicia y se fomenta en este tipo de espacios.

“Mirá pues, he trabajado... Hemos conocido y hemos voluntariado, en OASIS, está GENTE POSITIVA, luego está CAS, LAMBDA... también está, Fundación Marco Antonio, OTRANS, Gente Positiva, hay un sin fin. Está Somos, está Amigos por el Trans SIDA. Todos estos lugares han creado un espacio de convivencia, donde tú mismo buscas tu propia identidad. Yo antes sabía que era "hueco" porque así me decían...o maricón. Ya cuando conocí estos lugares ya me identifiqué como gay. Como homosexual. No sabía que así nos llamábamos. Son espacios que te sirven para que te orientés, no para que defina tu sexualidad, porque ya la tenés definida. Nos ha ayudado y nos ha incentivado bastante a llamar las cosas por su propio nombre.” (GTH12)

Las personas de la muestra con mayor grado de escolaridad hacen una diferencia más marcada en cuanto a si de verdad hay un enfoque a ese tipo de apoyo, considerando que en su mayoría los temas de construcción de identidad y autoestima se abordan de forma secundaria, o no se abordan. Estas personas enfatizan la importancia de crear este tipo de servicios porque son espacios importantes demandados por estas poblaciones.

“Sabes una cosa, yo siempre he estado viendo eso, yo no considero que se les apoyen a que construyan su identidad sexual. Les ayudan con otros aspectos. Les ayudan en aspecto de salud, les ayudan en aspectos psicológicos, pero porque el Fulano se puso la soga en el cuello por que no aceptaba su sexualidad. Es como que te digo, hay un grupo de antropólogos, y que quiera ayudar a algún chico a manejar el tema de homosexualidad, no creo. No creo que hayan organizaciones como tal, no.”(GTH02)

Es importante recalcar la importancia de estas organizaciones para la población migrante, un fenómeno que se reportó de forma secundaria por los entrevistados, quienes indican que cada vez hay mayor afluencia de migración interna de HSH y Trans hacia la ciudad capital, persiguiendo la idea de vivir su identidad y orientación de forma más abierta y digna. En muchos casos, estas organizaciones literalmente rescatan de la calle a estas personas y reducen en alguna medida el grado de vulnerabilidad real y percibida. De entre las organizaciones nombradas, el trabajo de Otrans fue calificado como uno de los que más impactaron y que más falta hacen entre la población trans en situación de pobreza.

“A Otrans, ahí íbamos toditas. Si estaba buscando a una amiga, sabía que ahí la podía localizar, los desaparecidos, ahí aparecían (risas). Los que venían de México y habían desaparecido, Otrans. Tuvo un peso enorme en la comunidad gay, porque brindaron un apoyo excelente. Ahí había doctores capacitados, había condones bastantes, si quería estar todo el día ahí, podía estar ahí, si yo no tenía a donde vivir, podía estar ahí dos o tres días, mientras hallaba donde estar. Había alojamiento, servicio médico, internet, psicólogas de verdad. Mis respetos. Hubo un servicio que no lo ha tenido ninguna otra organización.” (GTT05)

“S: Me fui de (mi casa de) noche. Ellos andaban en la iglesia, y estaban mis hermanos, pero como ellos se mantenían con sus amigos arriba, aproveché y me fui.

(Min 8:28) E: **¿Y alguien te apoyó en esa época cuando decidiste irte?**

S: No, sola yo lo hice. (...) Bueno, no sabía para dónde agarrar la verdad, cuando vine a la capital, pero encontré a dos trans que me llevaron a otra organización y estuve un tiempo ahí. Después,

mientras me adaptaba y conocía los lugares y todo, comencé a trabajar normal en un comedor y después trabajé en esto.

E: ¿Y qué organización te apoyó?

S: Era OTRANS (...) Pues siempre me habían dicho que en la zona 6 y que en la zona 6 y no sé dónde y agarrar por allá y el urbano acá. O sea que no encontraba rumbo, y cuando vine por acá, creo que la avenida Elena, las encontré. Venían de lejos, y yo les dije; miren, ¿dónde puedo tener asilo o algo así? 'Véngase con nosotras' me dijeron (risas) y ahí fue cuando me fui.

E: O sea que tú estabas conscientemente buscando a una comunidad de mujeres como tú. Y las encontraste en tu primera venida (a la ciudad).

S: Si. (risas). Gracias a ellas pude aguantar estar acá." (GTT08

Tabla 8.3.a Organizaciones de referencia nombradas por la población estudiada, por región

Departamento	Org. Apoyo Identidad	Org. Servicios de Salud	Org. Servicios de Salud Mental
Guatemala	Otrans, CAS, Gente Feliz, Somos, Lambda, Rednas, Odisea, Gente Positiva, Reinas de la Noche, Colectivo amigos contra el sida, Colectivo hombres transformación, Odas, Gente Nueva, Fund. Marco Antonio, Oasis, Redmutrans (Departamentales: Kajib Kawoq, OMDI, ALI, Casa de Colores, IDSU)	CAS, Gente Positiva, Gente Nueva, Iturbide, Marco Antonio, Somos, Centro de Salud zona 3, Aprofam, ACI, IDEI, Tredis, Pasmó, Otrans, VIH 1540, Otrans, OASIS, Hospital Roosevelt, Redmutrans, HCH.	Somos, CAS, F.Marco Antonio, Otrans, ACI, Gente Positiva, Cenro Salud z.3,
Escuintla	Nuevo Amanecer, Blanco y Negro, Somos, Otrans, Marco Antonio, HCH, Gente Joven, Proyecto Capacity de USAID, Fogata, Fundación Sida y Sociedad, Clínicas VICIT,	Fund Marco Antonio, Clínica Barcelona, Clínicas Way, el Hospital de Escuintla, Coisida, Aprofam, Unidas de Atención Integral, UVG (VICITS), Fundación Sida y Sociedad, Pasmó, Generación Cero,	Nuevo Amanecer, IGSS, Otrans, Aprofam, Clínica Barcelona, San Antonio.

Al profundizar sobre la percepción general que el grupo tiene respecto a estas organizaciones (no solo en prestación de servicios de salud, sino en general), el 23% tiene una percepción explícitamente positiva sobre el trabajo que dichas realizan, el 6% tiene una percepción negativa, y el 71% no se pronunció de ninguna forma al hacer la pregunta abierta. Sin embargo, es importante aclarar que al continuar explorando las relaciones con estas organizaciones, se recogieron datos sobre muchas inconformidades en los recuentos de la forma en que miembros de estos grupos de servicio se comportan. Al final de esta sección se ofrece una reflexión importante en torno a este tema.

“No hay ninguna (organización que apoye nuestro proceso de identidad), y las que han estado todo lo han hecho por conveniencia. Y las organizaciones que están, que dicen que nos representan, lo cual yo no me siento en eso, se vuelve un círculo. En las organizaciones se da como se da con los políticos, como se da con todo, hay mucho nepotismo. Entonces las personas que están en ese poder empiezan a trabajar y a dar los beneficios solamente a la gente que está a su alrededor, familiares, amigos cercanos y todo. Pero no debería ser así porque una organización trans tiene que trabajar con toda población trans, las que están en los salones, las que están en el trabajo sexual, las que están en los bares, las que están en los pueblos, las que están en aldeas, en los municipios.” (GTT16)

Organizaciones de Servicio que apoyan en Servicios de Salud

El conocimiento acerca de organizaciones que prestan servicios de salud a población HSH y Trans es bastante más generalizado entre las personas entrevistadas, ya que el 92% indican conocer algún oferente de estos servicios. Las cuatro personas que indican no conocer ningún servicio de salud disponible específico (dos mujeres Trans de Escuintla y dos HSH de Guatemala), son personas de escolaridad alta, con ingresos estables, que pueden pagar servicios de salud privados.

“OTRANS daba salud; ah bueno ellos ya no. Sé que, por ejemplo, PASMO hace jornadas verdad, de salud, de VIH, reparten condones y no sé qué tanto más, pero es lo que más me salta a la vista. Eso es en Pasmó... creo que ellos mismos son Generación Cero, entonces va siendo básicamente lo mismo. Bueno Otrans también lo hace, lo que pasa es que ellos ya no tienen la clínica adentro, pero ellos sí hacen jornadas.” (GTT50)

La percepción sobre los servicios que estas organizaciones ofrecen son muy variables. Al preguntar directamente, el 32% de la muestra da una apreciación positiva, el 6% una negativa y la mayoría (62%) no da una respuesta directa.

“Solo conozco el centro de salud pero la atención es demasiada discriminatoria hacia las mujeres trans, entonces preferimos no ir. (Le hablo del) de la zona 3. Pues ahora sí está un poquito más sensibilizado pero siempre antes habían tratado pésimo, hace unos cuatro o cinco años. Ese es el único que vamos todas, porque es el único que medio sensibilizaron entonces es el único que nos atiende un poco mejor.” (GTT24)

Salta a la vista la importancia de los elementos de confianza en cuanto a considerar una localidad como un oferente de servicios de salud, tal y como lo revela el siguiente extracto en el que un HSH hace referencia al salón de belleza de una Trans como un punto de provisión de servicios por parte de instituciones de servicio.

“Por ejemplo yo me hice la prueba del VIH, la del papiloma, todo eso, todos esos exámenes, en Keiromi. Me hice también la prueba del VIH, la prueba de ellos supuestamente es más cara, más confidencial parece. Una vez, yo fui a otro salón y me salió un montón de granitos acá, y Keiromi me dijo que fuera que ahí me podían ayudar verdad. Pero yo no quise ir verdad. Pero sí, yo sentí apoyo con ellos. También a la que yo fui a la Barcelona y a esa San Antonio creo que le dicen.” (EH43)

Un punto muy importante es el rol del voluntariado de la misma comunidad de referencia para poder acceder a espacios de incidencia en forma segura y con mayor probabilidad de éxito. Este modelo es quizá uno de los que más parece influir positivamente en la población HSH que no busca por sí misma a instituciones de servicios de prevención y salud sexual.

E: Me decías que hay cibercafés solo para personas gays, saunas solo para personas gays?

S: Sí, sí, sí, sí. Digamos que también hay cibercafés que tienen sus cabinas, que son para tener encuentros. Digamos que aquí está el internet, arriba está la sala privada. Existen cabinas, donde tienes una compu y solo ponen pornografía. Estas cabinas son abiertas, por lo que los demás pueden ver lo que están haciendo. He escuchado de cinco cibercafés ubicados en zona 1. También los saunas que sirven para "conectar", e incluso hay masajistas que ofrecen "final feliz". No me parecen lugares adecuados, porque las personas buscan encontrar a alguien "especial", lo que no va a pasar en esos lugares, solo como "sexo express", no para algo estable. La vez pasada, con aquellos estábamos haciendo abordajes ahí en el sauna...

E: ¿Qué es abordaje?

S: Vamos a dejar condones, lubricantes y trifoliales a esos lugares, porque como te digo, la mayoría ni siquiera lleva condones, llega solo a ver y si consigue pues que bueno. Entonces fuimos a dejar condones y me dicen "sí, pero si van a entrar tienen que quitarse todo". Y yo va (...). Solo podíamos llevar el gafetito, porque era estrictamente no podíamos llevar ropa. Entonces, fue así como que bien raro porque llegamos, pusimos la mesita con los dildos, lubricantes y todo, a ver qué pasaba. Yo me sentí bien incómodo porque te miran como un pedazo de carne, la toallita es super pequeña, es como una toallita de manos. Un chavo me dice: Hola, estás bien guapo, ¿no te gustaría tener sexo en vivo conmigo? Vas al mandado y no al retozo. Van a lo que van. Entonces le dije: Fijate que ahorita no puedo, porque estoy trabajando, y eso no sería bien visto que yo vengo de voluntario, no. Entonces me dijo: Mirá, todo esto puede ser tuyo. El hombre estaba divino, para qué te voy a decir que estaba feo, no; y estuve así de caer, pero no. Entonces le dije: No muchas gracias; mirá te regalo unos condones, cuidate mucho. Y le di el speech. (GTH11)

Mayor detalle respecto a la relación específica con proveedores de servicios de salud se ofrece en el apartado 8.8.

Organizaciones de Servicio que proveen Servicios de Salud Mental

El conocimiento sobre organizaciones que prestan servicios de salud mental es más bajo que los anteriores, con solo un 38% de la muestra que reporta saber de instituciones que trabajan en el tema. De ésta, el 32% son de Escuintla y el 68% de Guatemala, con lo que se aprecia nuevamente la mayor oferta de estos servicios en el área capitalina. La percepción de prestación de estos servicios es en su mayoría positiva o neutral, con un 4% que manifiesta tener una apreciación negativa a la prestación de este tipo de servicios, principalmente debido a la pérdida de confidencialidad al hacer las consultas. Este es un tipo de servicio considerado sumamente importante por la mayoría de la muestra (84% considera necesario que estos servicios se desarrollen de forma más amplia y continua), al que pocos tienen acceso.

"Pues solo sé que hay un psicólogo en el centro de salud, el cual yo lo he visitado varias veces. Es lo único."(GTH16)

"Creo que la mayoría (da algo de psicología), tú. La mayoría de organizaciones lo hacen, aunque algunas por compromiso, pero lo hacen. Fijate que yo los nombres específicos no los sé, para qué te voy a mentir. No se conoce así específico."(GTT118)

“Así de apoyo psicología solo la Clínica Barcelona. Está en el hospital, es de hacer cita.” (EH41)

En el **Grupo Focal** se enfatizó fehacientemente la importancia de cambiar la estrategia por parte de los donantes y oenegés de servicio hacia incluir la oferta de servicios de salud mental para población Trans y HSH. De hecho, se solicitó que se creara un grupo focal exclusivo para analizar las dimensiones más relevantes que debieran cubrir estos servicios, pues consideran que el apego a prácticas saludables en salud sexual (y salud en general) aumentaría considerablemente. Explicaron esto como una consecuencia lógica de una población que se siente constantemente vulnerada, con tendencias marcadas a tener episodios depresivos y autodestructivos, por lo que tener acceso oportuno a servicios de salud mental abriría oportunidades para orientar a las personas a mejores prácticas de autocuidado.

La Saturación Negativa entre Oferentes de Servicios de Salud

Entendemos que el método de reclutamiento seguido, así como la forma en que se diseminó la entrega de la información sobre la institución que haría este estudio, generó expectativa entre varios grupos emergentes de mujeres Trans y organizaciones de la diversidad. Un número considerable de activistas o población voluntaria cercana al movimiento de la diversidad sexual (20%), se acercó para ser entrevistados, generando entre sus redes la noción de que este estudio no sería dirigido por una ONG de servicio sino por antropólogos de una facultad académica ajena a los mismos, con lo que se podía esperar imparcialidad y objetividad en la forma de redactar el informe sobre los hallazgos encontrados. Este argumento fue repetido en numerosas ocasiones a los entrevistadores, con lo que se creó un ambiente de confianza para compartir percepciones incómodas sobre la forma en que funcionan las redes de apoyo institucional a la población Trans y HSH.

Es necesario hacer la distinción entre Redes Institucionales y Redes de Apoyo Social. La primera se refiere exclusivamente a las organizaciones con representación legal y un mandato institucional de atender demandas o proveer servicios a la población de la diversidad sexual. La segunda se refiere a las redes de apoyo personal y social que se construyen o emergen naturalmente de las interacciones entre individuos y sus círculos sociales. Si bien ambas se entrelazan en la práctica, para esta sección nos referimos exclusivamente a las Redes Institucionales, creadas por parte de un grupo organizado que gestiona fondos o recursos concretos en nombre de terceros, y que posee un mandato institucional que ampara sus acciones.

La siguiente sección de entrevista permite ver un fenómeno de percepción documentado para cerca de la mitad de la muestra de Guatemala (48%) y para un tercio de la muestra de Escuintla (32%), referente al uso continuo de incentivos que distorsionan la motivación genuina de la población que termina llegando a los servicios prestados.

S: Conozco a Gente Feliz, SOMOS, Lambda, Rednas, Odiscea pero ellas trabajan con chicas lesbianas.

E: **¿Todas estas son muy activas?**

S: Eh, sí. También en el interior en Quetzaltenango conozco Kaji Kawoq. En Izabal, Omdi y ALI. En Retauleuh conozco Casa de Colores y solo. Supe de estas en el momento de empezar el voluntariado de SOMOS.

E: **Y antes me habías hablado de ASI, ¿cómo conociste esa?**

S: Me llevaron por medio de engaños. Conociendo a un chavo, él era de Chimaltenango y me fue a traer al colegio, fuimos a almorzar y me dijo que lo acompañara a hacer un mandado. Nos fuimos en taxi cuando me llevo a esta casa, y aquí donde estamos. Mira, vengo a una actividad. Entonces

cuando entré había un montón de chavos. Era un parqueo para dos carros y se llenaba todo solo de chavos. Y dieron charlas, el uso del condón, cómo poner un condón como quitarlo. Otros hasta lo ponían con la boca.

E: **¿Y él por qué te llevo?**

S: No sé por qué me llevó pero me gusto y seguí yendo.

E: **¿Y él también iba al grupo?**

S: A veces

E: **Entonces ¿las organizaciones que me mencionaste antes son todas para población homosexual?**

S: Sí

E: **¿Tenes idea de cómo funcionan estas aparte de Somos?**

S: Lambda trabaja con asesoría legal para chicos; Somos que es en incidencia política y prevención; CAS prevención; Gente Positiva igual prevención pero más que van a trabajar con gente reactiva, chicos gays reactivos.

E: **¿Las personas que vienen a Somos solo aquí vienen o también van a otras organizaciones?**

S: No, se mueven.

E: **¿Por qué crees que buscan otras organizaciones?**

S: *Porque las demás organizaciones y las organizaciones anteriores mal acostumbraron a la población. Con brindarle tu tiempo, que te lo reembolso. Dame para que yo te dé.*

E: **¿Como algún beneficio a cambio?**

S: *No necesariamente dinero. A veces hasta por un pan. La vez pasada una organización x, al momento de hacerte prueba dijo "te regalamos un bote". Al hacerte la prueba y tu chequeo te damos algo más. Ya no es porque la gente quiera, por cuidar su salud, sino que vamos allá por esto, porque dan lo otro. Media vez no hay nada de por medio la gente no asiste.*

E: **De las organizaciones que mencionaste u otras, ¿cuáles proveen servicios de salud?**

S: CAS, Fundación Marco Antonio y Somos

E: **¿Qué proveen?**

S: Pruebas de VIH, Pruebas de ITS, hacemos entrega de condones, lubricantes. CAS también pruebas de VIH y también ITS, igual lo que es Fundación Marco Antonio, y medicina general.

E: **Y de medicina general, ¿solo es para población gay o para todos?**

S: Creo que no tienen revisión diferenciada. Igual esta fundación fue creada más para población gay. Trabajando con HSH y chicas Trans.

E: **¿Crees que todas las personas saben de estas instituciones?**

S: No todas. Las poblaciones claves que serían HSH o población gay si saben, más no se les ha dado seguimiento, y no han tenido una educación, una buena educación sexual y también cómo adquirir estos servicios. Las personas creen que estos servicios tienen un costo elevado, algunos son servicios gratuitos. Para las personas con VIH los medicamentos son gratuitos." (GTH03)

Existe en esta población la idea que muchas de las Instituciones de Servicio más afianzadas compiten avorazadamente por captar población HSH y Trans para llegar a las metas que les ponen sus donantes, sobrepasando aspectos de ética y mermando el ambiente de confianza. Se genera el concepto que los intereses económicos de las organizaciones de servicio, quienes necesitan mostrar resultados altos para ser competitivos en la gestión de fondos internacionales, sobrepasan su genuino interés por prestar un buen servicio a la población. Hay una palpable fragilidad en las relaciones interpersonales, intragrupal e intergrupales que suelen darse entre población Trans y HSH, donde la sospecha de abuso y la pérdida de confianza son los principales detonantes para la conflictividad y el abandono de procesos de cualquier índole. Resulta entonces esencial abordar la temática de la competencia interinstitucional por la captura de usuarios, que a largo plazo actúa en detrimento de sus propios objetivos, pues al perderse la confianza,

los usuarios manifiestan tendencia a alienarse de estas organizaciones. Esto es particularmente marcado en lo referente a los programas para realizar la prueba de VIH y servicios asociados.

Se reproduce a continuación una sección amplia de una entrevista que logra captar esta preocupación, relatada por un hombre autodenominado como 'gay' que ha estado de ambos lados de esta tendencia (énfasis agregado por los investigadores)

Digamos, de estas organizaciones que mencionaste, o alguna otra, ¿provee servicios de salud en general? O sea, no solo de prueba de VIH, sino de todas las diferentes cuestiones de salud. ¿Habría alguna que lo ofrece?

S: No. La mayoría se concentra en VIH, lamentablemente. O sea, *de eso viven las organizaciones, del VIH.*

E: ¿Cómo así?

S: De que la mayoría de ONGs del rollo, por ejemplo Lambda trabaja derechos humanos, que es la única que se distingue por ejemplo, porque de ahí, todas, todas, trabajan prevención y todas andan así como que detrás de los chavos solo para sacarles sangre verdad. Es algo bien complicado, porque yo trabajé la vez pasada con un proyecto de... ay cómo se llaman ellos... era sobre migración y desplazamiento LGTBI a nivel Centroamericano... ay cómo se llamaba, lo tenía en la punta de la lengua. Bueno, trabajé con ellos sobre ese estudio y era de hacerles preguntas, ¿por qué se habían ido de su casa?, ¿por qué habían migrado?, ¿qué problemas habían enfrentado? Y fue muy difícil conseguir la información sabes, porque la mayoría al finalizar, te tienen que dar un incentivo para que colabore, porque los tienen muy mal acostumbrados. Cuando yo fui a hacer mis encuestas al parque central, porque ese es el mayor lugar donde hay gente migrante o desplazada, te dicen: Mirá, si yo te doy información que querrás, pero qué me vas a dar a cambio verdad.

E: ¿De la diversidad?

S: Ajá. Entonces uno dice, pero si... realmente no teníamos el presupuesto para dar algún incentivo, y yo: 'Mirá realmente no, no puedo'. -"Pero entonces no, porque ahí en otra organización me están ofreciendo Q100 y me están ofreciendo un vale de despensa, y mejor me voy para allá... y me están ofreciendo lociones". Es un estira y afloje verdad, o sea, al mejor postor es donde vos te vas.

E: ¿Como a la organización que te ofrezca más, ahí le das la información?

S: Ajá, exactamente.

E: Pero eso es porque hay competencia, o no hay?

S: Exactamente. Porque así es, o sea, te dicen: Yo te puedo brindar toda la información que vos querrás, pero ¿qué me vas a dar? Y yo me puse en sus zapatos y digo, soy migrante, no tengo dinero, no tengo comida, no tengo un lugar estable, si me ofrecen dinero y me ofrecen comida, yo me voy para allá también pues. Pero dije, esto no es una competencia, porque vieras que fue bien difícil de juntar los datos porque nadie quería colaborar a cambio de nada, verdad. Igual, a la hora que también hice voluntario a la hora de sacar pruebas de VIH en los departamentos, la mayoría tampoco, porque las ONGs ya los tienen muy mal acostumbrados a darles algo, a darles algún incentivo, que ya literalmente no estás... no es una prueba voluntaria sino la estás comprando. Entonces, yo siento que eso no debería ser así porque realmente, o sea, con el simple hecho de saber que estás sana, o tener un resultado a tiempo, es más que suficiente verdad. Pero la mayoría de ONGs se está peleando por la gente. Porque también trabajé con PASMO, o sea, he trabajado en todos lados.

-Te quería aclarar una cosa, nosotros no trabajamos como con ellos, sino que ellos nos contratan. Entonces la idea de este informe, por ejemplo eso que tú decís, es enseñar lo bueno, lo malo, lo feo y lo que sea, para que funcionen las cosas, como me estás diciendo tú.

S: Sí, fijate que estábamos trabajando con PASMO en Escuintla, y (No se entiende el nombre Min 1:00:37).

E: Ah, ¿tú la conoces?

S: Sí, la conozco. Nos dijo que ella no quería pruebas, sino que quería solo reactivos, porque literalmente ellos viven de los reactivos.

E: Reactivos es que...

S: Gente positiva con VIH. Entonces, "es que a mí no me importa que me traigan pruebas, yo lo que necesito son reactivos, y sí me traen tantos reactivos, les voy a dar un vale de Q300". Y tú así como que... 'qué onda'?

E: ¿A los voluntarios?

S: A los voluntarios. Porque ya nadie se quiere hacer la prueba, porque todos están muy mal acostumbrados. Entonces tuvimos que hablar con ellos: ¿Qué podemos darles para que se acerquen a nosotros? Entonces, mencionaron cortes, y que querían tintes, y otras cosas. Y uno dice... pues evidenciamos eso, que la comunidad está muy mal influenciada ya, y no dan nada por nada.

Como que... es bien complicado, porque la vez pasada estaba yo haciendo el estudio con otro chavo, y llegó un muchacho de PASMO a decir: Miren, cómo están chavos, ¿ya se hicieron la prueba el día de hoy?"; y yo, "pues no". -"Pues miren, si se la hace con nosotros, les invitamos el almuerzo ahí en Wendys, vénganse". Entonces dice uno, cómo va a competir mi galleta y mi gaseosa, por ejemplo, con un almuerzo de Wendys. Porque cuando yo les daba eso, es lo que conseguí verdad, porque realmente el proyecto no tenía o podía dar algo, iba a salir de tu bolsa o del sueldo que te iban a pagar.

Entonces eso fue mi informe, que realmente se me había dificultado mucho porque la población estaba ya muy mal acostumbrada a que uno les tenía que dar algo para que ellos pudieran colaborar. Porque eran muy pocas las personas que no te aceptaban el incentivo.

(...) *Eso salió del estudio, fijate, que la mayoría de ONGs viven de los reactivos.* O sea, porque estaba platicando con la chava que me llegaba a monitorear a la universidad cuando yo iba a hacer las pruebas, y me dice: Mirá, me están pidiendo por lo menos 5 reactivos mensuales verdad, y no sé de dónde los voy a sacar porque y viste que ya tenemos abordada a toda la población. Pues sí, porque o sea, las ONGs se dividen por sectores verdad, digamos que a tal ONG le toca a una zona a tal zona, y otra de una zona a tal otra; y se dividen por departamentos. Entonces ya tienen así como que peinada la zona, entonces ya no saben de dónde sacar más gente. *Entonces es lo que yo digo que deberían preocuparse más por la salud de las personas, que por el resultado verdad.* Como te digo, necesitan reactivos para tener pruebas de que sí están gastándose el pisto, por ejemplo, de que sí están haciendo un buen trabajo. *Pero realmente no lo hacen, ellos no necesitan que la persona sepa su resultado, sino simplemente necesitan que diga positivo ahí, y que lo puedan vincular.*

Por ejemplo el CAS, saca un reactivo diario, y no sé cómo le hacen verdad, no sé cómo le hacen, o será que duplican la información o algo, pero siempre tienen la tasa más alta de reactivos, porque siempre encuentran uno. Entonces nos los ponían de ejemplo, "ellos, cómo es posible que podían sacar uno diario, por ejemplo, y nosotros ni siquiera uno al mes". Entonces yo digo, si la gente no se hace las pruebas, cómo se van a saber los resultados, les digo, o sea, si ustedes no quieren que se hagan pruebas, pues ya no se hacen, pero así no se va a saber, porque la gente no lo tiene tatuado aquí. Tuvimos un gran disgusto verdad, porque la mayoría solo necesitaba reactivos.

Tengo dos preguntas de eso que me dijiste. Uno, ¿por qué crees que pasa esto en las ONGs?

S: Porque, te digo, se habla de comunidad y de unión y no. O sea, cada ONG trabaja por su lado, como te digo, lo que necesitan son resultados, son números para justificar todo el dinero que les entra. Entonces, ¿qué hacen?, estrategia de marketing. ¿Qué necesita o qué quiere la población?

Ah, pues no sé, playeras o cualquier cosa. Prácticamente te compran, o sea, estás vendiendo tu resultado.

E: Para ti, ¿cómo deberían funcionar las ONGs para estos temas de salud que me estabas mencionando? ¿Cómo sería el modelo...?

S: Pues que se centraran solo en la salud, porque para eso empezaron, en la salud, en el bien de la comunidad, no solo vernos como virus, sino como personas, no verlo solo como números o algún número más en alguna (...) como tablas, o estadística, es la palabra, estadística. Que las vea más como personas, no como objetos. Porque uno dice, o sea, sí está bien que trabajen por el bien de la comunidad, pero que no lo vean como simples alcancías que trabajan por un sueldo, sino que lo hagan por querer... todos trabajamos por un sueldo, y yo lo entiendo, pero que lo hagan con el lado un poco más humanitario. O sea, si es un trabajo de pares, y yo estoy trabajando con chavos gay, es porque yo quiero ayudarlos, no es solo por mi propio beneficio, "ah sí, entre más chavos te traiga, o entre más reactivos yo consiga, voy a tener un mejor sueldo". No, yo siento que debería ser más por el interés de tu propia comunidad. Porque estamos hablando de la comunidad, y lo que menos somos es eso. Todas las ONGs hablan mal de todas las ONGs, todas en los congresos "sí, pero es que ellos... sí pero es que ellos..." Y es el cuento de nunca acabar; y uno dice en qué estamos. O sea, si estamos hablando de derechos humanos, estamos hablando de igualdad, estamos hablando de cero estigma, cero discriminación, y los primeros en ser discriminadores, los primeros que te señalan, los primeros que están ahí son los mismos de las ONGs. Entonces uno dice, no son congruentes, una cosa es lo que dicen pero otra cosa es lo que hacen." (GTH011)

(NOTA: Acá estaba la sección 8.4 sobre Efectos negativos de la Identidad de Género y orientación sexual, pero JW solicitó se moviera a la sección en la que se habla de Estigma y Discriminación percibida (p.25)

En el **Grupo Focal** se manifestó de forma muy fuerte el descontento con la mayor parte de organizaciones de servicio, incluida PASMO, por la forma en la que se percibe que "utilizan" a la población HSH y Trans como medios para obtención de recursos ("solo les importa conseguir para pagarse sus salarios") y su minimización como seres humanos para ser parte solo de metas y cifras. Específicamente señalaron que ha habido una mala estrategia en el abordaje a líderes de grupos específicos, donde se percibe que han querido 'comprarlos' a cambio de fondos y pequeñas donaciones, ocasionando una pérdida de confianza al interior de estas redes. Particular énfasis se puso en la necesidad de reconocer y respetar la autonomía de estos grupos auto organizados de HSH y Trans, pues se percibe una tendencia fuerte de coerción y manipulación por parte de donantes y organizaciones de servicio que les otorgan fondos o servicios, provocando una manipulación de los grupos y generando mayor rigidez en la forma en la que se les permite desarrollar sus actividades. Uno de los ejemplos concretos se centró en pedir a los donantes que reduzcan la rigidez en cuanto a las poblaciones que se permite servir a una determinada institución, mencionando varios casos de encontrarse en medio de problemas y llamadas de atención por haber dado servicio a mujeres Trans siendo una organización de HSH, o viceversa. Todos los participantes en el grupo consideraron que son los donantes quienes dictan e imponen las agendas de trabajo sobre las organizaciones más pequeñas que trabajan en el primer nivel de captación de la población prioritaria (el de la calle), atándolos de manos, reduciendo la emergencia de abordajes creativos o más eficientes, y reduciendo la autonomía y capacidad de atender las demandas reales de la población objetivo. Otra demanda específica dirigida a PASMO fue solicitar que reanuden su enfoque en volver a hacer "actividades de relacionamiento" (actividades lúdicas) con la población, y que deje de condicionar la entrega de recursos de apoyo en función del número de casos "reactivos" captados por mes.

Particularmente delicada es la acusación referida por todos los participantes del Grupo Focal de que algunas de las redes que extorsionan a las mujeres Trans trabajadoras sexuales está vinculada a varias de las onegés que prestan servicios a esta población. Específicamente se entiende que la red criminal que coordina las extorsiones tiene infiltrados en onegés de servicio, quienes pasan la información de inteligencia para ubicar a las potenciales víctimas y coordinar el cobro de dichas extorsiones. Las mujeres Trans que participaron en el grupo focal no quisieron dar detalles al respecto pero asintieron a que esto sucede, con lo que se evidencia el miedo que perciben a recibir represalias por parte de los extorsionistas. Esto ha ocasionado que aumente la desconfianza hacia buscar servicios de cualquier tipo ofrecidos por las onegés en las que ellas sospechan que hay infiltrados de redes criminales.

Asimismo, en el Grupo Focal se solicitó que las onegés y donantes se enfoquen hacia la creación de espacios apolíticos de convivencia segura para la población HSH y Trans, ya que los únicos que existen por ahora son bares, cibercafés y otros sitios donde se practica el comportamiento de riesgo. Por espacios apolíticos se refieren a espacios sin banderas de onegés específicas, pues se considera que la actual pugna por poblaciones, por 'casos positivos' y por identificar a un usuario como de esta u aquella entidad, ha erosionado y fragmentado a la población y continúa poniendo en riesgo la creación de redes sociales sanas.

8.4 Comportamiento Sexual de Riesgo

Como ya se vio, el tener pareja formal o no, no tiene una correlación significativa con ser sexualmente activo. Sin embargo, sí hay patrones fuertes de comportamiento sexual de riesgo dentro de la población sexualmente activa. Al preguntar sobre cuántas parejas se tuvieron en los últimos seis meses, 78% de los entrevistados otorgaron datos concretos. El método para calcular este dato consistió en estimar el comportamiento del último mes e indagar hacia atrás si había habido variaciones significativas del mismo.

Parejas en los Últimos Seis Meses y Sexo Remunerado

El promedio de parejas sexuales para toda la muestra es de 58.8 por persona en los últimos seis meses, con una media de 3 parejas por persona. Las diferencias entre la población HSH y Trans son muy marcadas. El grupo HSH reporta un promedio de 2 y una media de 1 pareja por persona (rango 0-12). La población Trans reporta un promedio de 107 y una media de 5.5 parejas sexuales en los últimos seis meses (rango de 0-860). La amplitud del rango se sesga debido a los datos de mujeres Trans trabajadoras sexuales, que mantienen un promedio de 275 parejas en los últimos seis meses (45 parejas por mes). Debe tomarse en cuenta que no se hizo la diferencia por parte de las mujeres Trans trabajadoras sexuales, entre número de parejas sexuales y número de encuentros sexuales. Puesto que no fue este el enfoque del estudio, no se llevaron controles específicos verificables, por lo que los datos deben tomarse como una estimación de la población basada en sus propias percepciones.

Del total de la muestra, 25 personas indicaron haber recibido dinero en algún momento de su vida por tener relaciones sexuales, lo que equivale al 50% de la muestra. Esto se reporta como una estrategia temporal para generar ingresos en momentos de necesidad, o más permanente en el caso del grupo Trans.

“Mi mamá lo descubrió y... (pausa) me echaron de la casa. A los once años. O sea, solo saliendo de sexto, ella me vio besándome con uno de mis compañeros, el que a mí me gustaba. Ahí comenzó todo. Ahí yo me tuve que ir a la calle, a esa edad, de los once años. Ya no pude, quería seguir mis estudios en otro lado, pero ya no pude. Y me tiré a la calle. Comencé a trabajar en sexo, a ver

cómo salía yo en todo esto. Pasó el tiempo (...)Yo me regresé a mi casa, llorando, y le dije a mi mamá que me quería matar. Y ella me dijo que no, qué estaba haciendo. Pero que ella no quería un homosexual en la casa y que me fuera. Pero ya le tuve que decir, que a pesar de ser un hombre homosexual había adquirido Sida. Fue doble estigmatización. Nada más me menciono, te digo, me hizo más y más hundirme en la calle. Gracias a dios, me consiguió a una persona, que en paz descanse. También tenía VIH. Ahí comencé yo a trabajo de medio tiempo, en la calle. Trabajando sexo para poderme mantener. (...) Luego ya encontré otros trabajos fuera de la calle.” (GTH09)

Tendencias en el Uso del Condón

De las 43 personas que reportaron ser sexualmente activas, se tienen datos para 38 de ellas sobre su práctica respecto al uso del condón durante un encuentro sexual. De éstos, 47.4% indica siempre usar el condón durante una relación sexual, 10.5% dice usarlo siempre que no conoce a la persona con la que va a tener una relación sexual, 15.8% dice no usarlo por estar en relación de pareja formal, y 26.3% dice que su uso no es consistente y depende de varios factores.

“Pues pienso que (los condones) son el método de prevención y protección mejor del mundo entero. Yo nos los uso en lo personal por... No los he usado con las parejas muy frecuentes, cuando es la primera vez que conozco a esa pareja y me voy a ir a la cama con él sí utilizo preservativo. Pero cuando es alguien con el cual siempre hemos o vamos a estar por mucho tiempo juntos no lo utilizo.” (EH46)

“La verdad sí, con mi pareja sí siento súper bien sin condón, y con los chavitos que uso condón es porque les tengo desconfianza.” (ET37)

“Pues pienso que son el método de prevención y protección mejor del mundo entero. Yo nos los uso en lo personal por... No los he usado con las parejas muy frecuentes, cuando es la primera vez que conozco a esa pareja y me voy a ir a la cama con él sí utilizo preservativo. Pero cuando es alguien con el cual siempre hemos o vamos a estar por mucho tiempo juntos no lo utilizo.”(EH46)

“Creo que es importante y yo lo recomendaba mucho a los patojos. Creo que si vamos a tener relaciones sexuales imprevistas, ocasionales, debemos ser responsables con nosotros mismos. Mi pareja anteaer me decía, que desde ayer estoy acá, y anteaer me decía: "Mirá, si me vas a traicionar llevá condones." Obviamente yo no lo voy a hacer porque a él yo lo quiero muhco, me importa mucho. Vaya, le digo yo. Pero no. Nosotros hablamos temas así y yo conozco al patojo también. Sé dónde está, sé lo que hace. Entonces yo no tejo qué preocuparme por él y él tampoco tiene que preocuparse por mí. Por eso es que nosotros no nos protegemos cuando tenemos relaciones sexuales.”(GTH13)

Las personas VIH positivo manifiestan mucha claridad en la importancia de usar condón si van a tener relaciones, como medida de proteger su propia salud.

“A raíz de mi diagnóstico sí. Ahora ya no tengo ninguna relación si no es con condón. Porque también acordate que es un arma de dos filos, porque también existe la reinfección. Porque ahorita el virus está controlado, pero si tengo relación sin condón con una persona que el virus no está controlado, la reinfección me puede matar igual.”(GTT16)

Entre los factores listados como limitantes para usar el condón consistentemente, se mencionan la falta de conocimiento sobre su uso, la falta de acceso gratuito al mismo (para personas de ingresos bajos), el estilo de 'sexo rápido' por placer en ambientes lúdicos (discos, bares, cibercafés) en el que no hay tiempo para conseguir un condón, y la preferencia de clientes que exigen no usar condón a quienes ejercen el trabajo sexual. Asimismo, las personas indican que para sexo oral no se acostumbra a usar preservativo.

"Pues no se usa porque primero, muchos no saben usarlo. No tienen información sexual ni cómo utilizar un preservativo. Dos: hay mucha carencia a nivel local de dónde los puedan proveer de forma gratuita. Siempre se debe de acceder comprándolos." (EH46)

"Sí. Bueno hay clientes que dicen que no. Cuando empecé, no sabía de donde se conseguían y todo. Hasta que fui conociendo con mis amigas en dónde. Entonces aprendí y ahí me enseñaron cómo los tenía que usar." (GTH01)

"Con tus clientes, siempre usas condón para protegerte?"

S: Sí, siempre

E: ¿No te ha pasado que alguna vez hayas tenido que practicar sexo sin condón? Algo así

S: Como dos veces, pero de primero lo pienso, me pongo en el papel de que qué haría el día de mañana si tuviera eso (VIH). No se cómo lo tomaría, no se si no lo soportaría, no sé. Pero mejor trato de evitar eso. Tal vez digamos que lo puedo hacer una vez para ya no volverlo a hacer nunca. **¿Y qué influye en tu decisión? Las veces que has aceptado no usar, o que ha pasado sin el condón. ¿qué es lo que influye en tu decisión?**

S: Necesidad. Me ofrecen más dinero y debo considerarlo, por necesidad acepto. (GTT08)

"Realmente cuándo (Suspiro) lo voy a decir, no te voy a mentir. Cuándo me toca hacer sexo oral y la persona me agrada mucho y yo veo que sí, por varias cosas, algunas veces lo hecho sin preservativo. Sexo oral."(GTT22)

Consumo de Alcohol y Drogas

Otros comportamientos de riesgo incluyen el consumo de drogas y/o alcohol paralelo a tener relaciones sexuales. De 46 personas que dieron datos, el 32% manifestó haber consumido drogas/yo alcohol la última vez que tuvo una relación sexual. Además, el 21.7% manifestó haber tenido relaciones sexuales con alguien que se inyectaba drogas, aún si ellos mismos no se inyectan.

"Si me decían verdad que había personas que usaban eso (drogas inyectadas), pero no tuve relación con ellas. O tal vez, quizás sí, porque uno no sabe, que me dijeran es otra cosa. Eso también es un riesgo que uno pasa en la calle. Si, ví varias personas que si le hacían a eso. Por ejemplo tuve una mi amiga también que ahora no está, está... encerradita como le dicen. Ella sí se iba a los puntos (para inyectarse). Y me llevaba también a los puntos."(GTH01)

Padecimientos Específicos: Enfermedades de Transmisión Sexual

Las personas entrevistadas mencionaron padecer de varias enfermedades de transmisión sexual en el 20.8% de los casos para los que hay datos (n=48). Las enfermedades diagnosticadas referidas por los participantes fueron el VIH, Sífilis, Papiloma y Gonorrea, presentes tanto en población HSH como Trans.

“El VIH en otro momento se estanca pero siempre está latente y eso es normal. El VIH y el sífilis van de la mano, es como VIH, sífilis, tuberculosis, yo nunca he padecido tuberculosis en ese tiempo pero sí tengo sífilis, está en mi cuerpo verdad, pero sí está controlado porque tomo el medicamento para eso.”(GTH02)

Tomando en cuenta que muchas personas no se diagnostican rutinariamente para identificar ITS, se preguntó a los participantes sobre el padecimiento de algunos síntomas asociados a posibles infecciones de transmisión sexual. El 24% de los entrevistados manifestaba en ese momento tener dolor al orinar, el 4% manifestó tener dolor o ampollas en los órganos genitales, y el 2% manifestó tener secreciones genitales. Ninguno manifestó tener verrugas o granos. Sin embargo, al preguntarles si asistirían a chequeo médico en caso padecieran alguno de estos síntomas, el 64% manifestó que sí lo haría y el resto no contestó la pregunta con claridad. Puede apreciarse que aunque la población HSH y Trans tiene bastante conocimiento sobre el VIH, podría haber un vacío de información respecto a otras ITS.

8.5 Actitudes en torno a la Prueba de VIH

Estado Serológico de la Muestra Estudiada

La totalidad de la muestra manifestó haber asistido en los últimos cinco años a organizaciones de provisión de servicios de salud. Al preguntar si la última vez que había ido a un servicio especializado para población de la diversidad se había hecho la prueba de VIH, el 100% respondió afirmativamente. Por tanto, todas las personas estuvieron en capacidad de informar sobre su estado serológico actual, el cual se presenta en la tabla 8.6.a. Como puede verse, el 29% de la población HSH estudiada es VIH positivo, mientras que este es el caso para el 23% de la población Trans. Todos los casos positivos se encuentran actualmente en tratamiento.

Tabla 8.6.a Estado serológico de la muestra

Identidad	Estado Serológico	Lugar		Total
		Guatemala	Escuintla	
HSH	Negativo	8	9	17
	Positivo	4	3	7
	Total	12	12	24
Mujer Trans	Negativo	10	10	20
	Positivo	3	3	6
	Total	13	13	26

Frecuencia en Realizarse la Prueba

Al indagar sobre la frecuencia de hacerse la Prueba de VIH, logra verse que los entrevistados reportan en su mayoría una taza alta, ya que el 96% la han realizado en el último año y 60% ya lo hace como una “rutina saludable” trimestral o semestralmente.

Tabla 8.6.b Frecuencia de Realizar la Prueba VIH

Frecuencia en Prueba VIH	Frecuencia	Porcentaje
No la ha hecho en último año	2	4.0
Sí la ha hecho en el último año, al menos una vez	18	36.0
Sí, cada 3 meses	21	42.0
Sí, cada 6 meses	9	18.0
Total	50	100.0

Al analizar los datos de frecuencia en la realización de la prueba por grupo de identidad, resulta evidente que se tiene mayor uso de la prueba de VIH como rutina saludable en la población Trans (80% de los VIH positivos y 66% de los VIH negativos), que en la población HSH (52% de los positivos y 14% de los negativos). Sin embargo, tanto HSH como Trans comparten la tendencia dentro de su grupo de que son las personas con serología positiva las que se han acostumbrado más a hacer la prueba como rutina saludable. En este sentido, al analizar las respuestas detenidamente se observa que para las personas ya diagnosticadas con VIH, se ha concientizado sobre la importancia de seguir las rutinas para ver la carga viral específica. Por el contrario, quienes dicen ser VIH negativos manifiestan un grado mayor de reticencia a hacerse la prueba. En varios casos se hace referencia al temor de ‘enterarse’ de un resultado no deseado lo que hace evitar rutinas de prueba. Las personas que manifiestan no ser sexualmente activas no han adquirido esta rutina.

“Me hice la prueba en PASMO hace 6 meses. Antes iba a Marco Antonio. No tan seguido, porque realmente no tengo vida sexual, no tengo vida sexual, de verdad no tengo. Entonces, no me la hago porque realmente estoy consciente de mi vida sexual. O sea, si yo tuviera una vida sexual que yo te diga super alta, super así como que mucha, yo diría sí tengo que hacérmela cada tres meses. O sea, ni siquiera me la hago cada seis, porque realmente no tengo. Entonces, ¿por qué me la voy a hacer si sé que no he estado con nadie?”(GTH11)

“Bueno, del grupo donde estamos, tenemos un grupito, en donde están mis dos amigas por cierto, donde tenemos cita la misma fecha para el centro de salud y nos toca exámenes las mismas fechas y si, vamos de rutina. Ahora hay otro grupito que no sé si, hay algunas que ni siquiera saben qué es eso, pero algunas conocidas sí. Es que no puedes llegar sin hacerte la prueba porque es comprometer, y hay quienes no les gusta que le digan lo que tienen, máximo un extraño.”(GTT 22)

Al ver las tendencias de este comportamiento entre Departamentos, no se ve una diferencia significativa entre hacerse la prueba como rutina saludable (Guatemala 56%, Escuintla 64%).

Asimismo, como se evidencia en la Tabla 8.6.c, la prueba de VIH como rutina saludable se asocia más a una condición donde el individuo vive con su familia o amigos, que cuando vive solo o con su pareja. Esto parece apoyar la noción descrita anteriormente respecto a la importancia de las redes de apoyo social para propiciar comportamientos que fomentan la salud del individuo, lo cual se aprecia en los comentarios siguientes.

Tabla 8.6.c Frecuencia en Realizar Prueba VIH por Grupo de Identidad y Tipo de Convivencia

Identidad		Vive Con					Total
		Solo	Familia	Amigos	Pareja	Pareja y familia	
HSH	No	1	1		0	0	2
	Sí	2	7		3	0	12
	Sí, cada 3 meses	0	4		0	2	6
	Sí, cada 6 meses	1	2		0	1	4
	TOTAL	4	14		3	3	24
Mujer Trans	Sí	1	4	0	1	0	6
	Sí, cada 3 meses	1	7	5	1	1	15
	Sí, cada 6 meses	1	2	1	1	0	5
	TOTAL	3	13	6	3	1	26

“Yo le recomiendo a mi grupo hacerse la prueba cada tres meses. Sí, porque como así uno está más seguro de cómo está. Porque si digamos ahorita, un digamos chico nuevo que venga y ahorita le digan "usted tiene tanto tiempo de vivir con el virus y no se había dado cuenta, ¿por qué hasta hoy?", es un dolor de cabeza para algunos. Porque ya me pasó con otro chico, que ya tenía años de ser portador y él nunca le habían dicho "tiene esto". Hasta que igual conmigo, cayó. Yo caí cuando... diecinueve años tenía cuando caí la primera vez.” (GTH09)

“Cuando no llego al CAS me dicen: 'hola gordo, cuándo vas a venir?' o me los topo afuera y: 'hoy no has llegado por tu chequeo'. Y yo 'sí gordo, es que se me pasó la fecha pero llego tal fecha'. Y yo sé que llego y soy bienvenido aunque no vaya a mi chequeo. Entonces estoy en un lugar de confianza, tranquilo, con gente que conozco. (...) Yo sé que es por mi bienestar o sea yo sé que es porque se preocupan por mí. Pero si viene una persona que no conozco, por ejemplo voy a solicitar trabajo y me dicen pero 'mire usted es gay' Y yo 'sí'. Y llegan y me dicen 'mire pero entonces como es gay vamos a necesitar que se haga pruebas de VIH que no se qué'. O sea, allí sí lo sentiría discriminatorio y despectivo porque eso va a influenciar para darme el trabajo, no mi capacidad para poder trabajar. En ese sentido, si es bien diferente. Hay que tener cuidado. Incluso para preguntarle a alguien, cuando uno trabaja en este ambiente, uno tiene que tener mucho tacto y mucho cuidado para preguntarle a alguien. Porque no le vas a decir a alguien de un solo cuéntaso 'ya te hiciste tu prueba de VIH' sino que le decís 'ay mirá te invito a que participés, a que te la hagas' O sea hay que saber cómo tratar a la gente y llegar a la gente.”(GTH04)

Preferencias para Realizarse la Prueba: Relaciones con Instituciones Oferentes

Se preguntó a los participantes acerca del sitio de preferencia para realizarse la Prueba de VIH y las razones que influyen en esta decisión. Las instituciones preferidas por los participantes se presentan en la Tabla 8.6.f.

Tabla 8.6.f Insituciones preferidas para ralizarse la Prueba de VIH

Institución	Guatemala (f)	Escuintla (f)
Clínica Barcelona Escuintla		11
Fundación Marco Antonio		4
Clínica Way		2
Clínica VICIT		2
Varias ONGs al mismo tiempo	1	2
Ambulatoria rápida	2	1
Somos	9	
Otrans (no disponible al momento del estudio)	(8)	
Hospital Roosevelt	3	
Fundación Marco Antonio	3	
IGSS	2	
CAS	2	
Sin Preferencia	3	3
TOTAL	25	25

Como puede verse, la tendencia en ambas regiones es a buscar los servicios ofrecidos por instituciones de servicio tipo Oenegé especializadas en miembros de la diversidad sexual. Los criterios nombrados por los usuarios del servicio para explicar por qué prefieren una institución sobre otra son, en orden de

importancia: Recibir una atención de calidad (42%), recibir un chequeo de salud completo y no solo la prueba (22%), porque sí se mantiene la confidencialidad (18%), recibir un trato respetuoso y digno (17%), porque allí van sus amigos (14%), porque llegan hasta donde él está (12%), porque allí es donde le dan su medicamento para VIH (12%), porque allí es rápido el servicio (8%) y por la gratuidad del servicio (6%). Resulta interesante notar que los elementos más importantes que determinan su preferencia son de carácter subjetivo y llevan una carga emocional fuerte (percepción de la calidad de atención, trato digno y evitar chisme), y que los menos importantes son los de tipo instrumental (costo, distancia, rapidez). Este es un elemento importante a considerar en el enfoque de entrenamiento a quienes prestan de forma directa estos servicios a la población Trans y HSH.

Los siguientes textos ilustran de forma clara las situaciones que llevan a cada persona a razonar su preferencia en la búsqueda de instituciones que prestan el servicio de la prueba de VIH, evidenciando la importancia de la construcción de relaciones de confianza con el personal de cada lugar. Particularmente importante parecen ser la calidad de la pre y post consejería. En los textos puede apreciarse una retroalimentación positiva entre ofrecer un espacio de interacción previo a y posterior a realizarse la prueba (Consejería), pero hecho en una forma respetuosa, sincera, en la que se creen relaciones de confianza. Muchos de los informantes mencionan que no es en sí solo el tener un espacio estándar de pre y post consejería lo que fomenta el regresar a un determinado sitio a hacerse la prueba, pues refieren casos de instituciones de servicio en los que estos espacios se ofrecen mecánicamente, en los que la consejería se hace "solo por salir del paso", "por cumplir con la ley", o "de mal modo hacia la población de la diversidad". En los casos que los usuarios perciben un trato mecánico o malo, se genera un desincentivo para regresar a solicitar servicio en ese sitio. Por el contrario, las instituciones que se prefieren son aquellas que tienen un personal que ofrece una pre y post consejería con un trato amistoso y abierto, mostrando genuino interés por la población atendida, pero que además mantienen los principios de confidencialidad y respeto hacia el usuario.

"Nunca me he hecho la prueba en un puesto de salud (...). Por el simple hecho de que las personas van cuando hacen campaña, y en el hospital hay quienes no están capacitados. No están capacitados, (se ve) con el simple hecho de que ellos están para darle la información a personas heterosexuales. Pero más de la comunidad LGTBI cuesta encontrar alguien que te sepa hablar sobre la prevención de VIH, sobre el uso correcto del condón, y no solo te hablen y te dicen "mire, es que usted debe usar condón". Sí, me está diciendo que use condón, pero no me está enseñando cómo usarlo. Hay mucha como ineficiencia en ese sentido, y que en ciertas ocasiones tampoco le saben dar a uno sus resultados. Porque vienen y te dicen "mire, aquí están sus resultados, mírelos". Y ahí se acabó. Inclusive en las clínicas privadas, vas a hacerte una prueba y va "pase a la oficina y le van a dar sus resultados". No es como que recibás una preconsejería que te digan "¿usted ha estado en riesgo alguna vez?". Y que contestés sí o no. Si contestás "sí", a mí me lo han dicho, "¿ya sabés a lo que te atenés?". Si sabes, no te voy a decir yo "¿Usted ha estado en riesgo? ¿No ha usado condón?" y diga "sí". "¿Ya sabe a lo que se atiende?". "No". ¿Ya? Porque muchas veces hay que dar. "Mire, si usted no usa condón puede adquirir el virus del SIDA, puede adquirir el VIH, puede adquirir una infección de transmisión sexual", que no todas tienen cura, que casi, a la larga, hay algunas que vienen siendo como el VIH, pues. Entonces, y después, pues si sigue al final te dicen "bueno, entonces usted ya es consciente de que por aquello que haya un resultado positivo, entonces es la respuesta al riesgo que usted obtuvo. Pero entonces, después está la pos. ¿Qué hacer si en un determinado momento resultas con el virus del VIH? O qué hacer en caso tengas una enfermedad de transmisión sexual. Eso ya no lo dan allí. Pero cuando nosotros conocemos de un lugar, es diferente. Yo por eso te digo, yo me he acomodado tanto en la fundación porque ha servido de mucho apoyo. Inclusive todas las instituciones, todas las onegés que pertenecen a la diversidad

hacen eso. Desde que yo empecé a trabajar te dan la pre y la pos. Y si tenés una infección de transmisión sexual buscan una solución. O sea te refieren a un hospital, te refieren a una clínica, te refieren a más de algún lugar. Porque como la prueba ésta que te hacen es la rápida. Tienes que hacerte una, si sale positiva, tienes que hacerte una prueba más eficiente, ellos mismos buscan a ver dónde te la pueden hacer. Entonces en ese sentido, y tal vez por eso nos hemos acomodado tanto. Muchas veces recibimos información de VIH, de infecciones de transmisión sexual, inclusive de hasta derechos humanos, de autoestima y todo.”(GTH12)

“O sea, básicamente la relación con el personal de servicio de salud afecta mucho la decisión de regresar o de ni acercarse. Demasiado. La ética de cada persona. Hablo también aquí de educadores. Porque en el trabajo nosotros somos muy... (breve pausa reflexiva) especiales. **O sea** que si... (breve pausa con inhalación) que si nos cae mal la loquita esa no me dejo que me haga la prueba. Mi trabajo era en campo. Mi trabajo era hacer pruebas. Y yo tenía mis usuarios, yo tenía mi población. Y ellos llegaban conmigo o los visitaba en su casa para hacerle más cómo el servicio. Pero eran fieles conmigo. Con otros no se iban. Entonces a la hora de yo terminar de trabajar donde estuve trabajando tuve ese problema. Porque ellos me buscaban y yo ya no tenía acceso. Bueno, una ya no tenía pruebas y otro no tenía los insumos como para hacerlos. Entonces, los empecé a referir al centro de salud pero no todos nos vamos con todos. Sino que somos muy especiales en buscar quién, que nos brinde confianza. Que... y no ir a la primera, ¿vaa? O sea, "mirá que le tengo la prueba...", no. O sea, algo así amigable, algo bonito. Primero preguntarle "¿cómo estás? Eso es mentira del consentimiento informado. A la población eso no le interesa. Porque lo que ellos quieren es ver es el resultado. Eso es mentira. Es cierto que son uno de los pasos que se recalcan mucho en los diferentes talleres que se dan. Pero eso no. O sea, ellos si les van a hablar del consentimiento informado y llevarlo como lo pide el ministerio de salud. Ellos no llegan si uno hace eso.” (GTH13)

“Nosotros rotamos de lugares para ir a hacer la prueba. Ya CAS, ya SOMOS. Para estar más seguros porque eso es lo que hacen algunos chicos. Suponete pueden decir aquí. Aquí tal vez te puede salir... Vengo yo como si no tuviera nada. Y me dicen aquí "mire, usted es positivo, tiene que hacer esto y esto y esto". Vas a otra, otro lugar y en el otro lugar te dicen "usted es negativo", ¿qué harías? Es una gran confusión. Porque eso ha pasado, ¿entonces? A un amigo le acaban de decir que vivía con VIH, después le volvieron a hacer las pruebas y no. Un trauma, una cosa psicológica que los destruye. Entre eso los puede destruir, porque se enteró de que vivía con VIH, después se enteró de que no vive con VIH. Y en el momento, cuando le dijeron que era positivo se piensa matar. Es algo duro. Es una situación muy dura.

E: Pero aún así, ¿digamos no prefieren como estar siempre en una organización?

S: Ah no.

E: O sea, mantenerse haciendo la prueba con una organización que esté brindando los servicios.

S: Pues si hubiera una que solo se tratara para eso sí voy. Porque creo que hasta yo. Si así como estoy en el IGSS, va ahí solo hay una clínica. Ya no dejaría que otra, que me mandaran para otra clínica y que no me chequeara la persona que siempre me ha visto, me ha revisado. Pero no hay. Siempre cambian, rotan, de personal.” (GTT09)

El 40% de los entrevistados manifiestan haber tenido más de alguna experiencia negativa a la hora de realizarse la Prueba de VIH, mientras que el 44% indica que todas sus experiencias han sido positivas. Entre las experiencias negativas se nombra la falta de experiencia del personal que toma la prueba,

especialmente en cuanto al tema de pre y postconsejería, a la mala realización de la prueba (falsos positivos), a sentirse sumamente presionado para hacerse la prueba ("cacería" de personas para llenar cuotas de oenegés), y muy especialmente a verse envuelto en una situación de pérdida de confidencialidad y circulación de chismes. Esta última condición fue mencionada por el 60% de las Trans, quienes argumentaron su decisión de dejar de ir a una clínica en particular debido a que la persona enlace es otra mujer Trans que ellas consideran falta de ética y 'chismosa', a quien responsabilizan de divulgar los resultados de la prueba de algunos miembros de su colectivo.

"Que me habían diagnosticado que era positivo y era un falso positivo. Y yo agh (frustración y enojo). Te lo juro. Pero como yo ya había recibido un taller, no me iba a quedar con el hecho de que me dijeran "sos positivo". O sea, tenía que tener una segunda o tercera prueba. Entonces decidí, busqué de qué manera, porque tenía hasta la prueba y le dije "mirá, son unos desgraciados". Porque solo me dijeron "mire, aquí están sus resultados". No me dieron ni pos consejería. La pre sí me la dieron, pero no la pos, sino solo me dijeron "aquí están sus resultados". Eso sí que no. Y ahí fue donde tuve el problema y no los quise denunciar porque tuve que haberlos denunciado, como me dijeron, pero no. No soy de las personas del escándalo. (...) pero ese día me dan el resultado así en seco. Yo lo veo, o sea, si yo no hubiera estado informado, yo me mato. Te lo juro, como hacen muchos. Entonces vine yo y fui a otra institución a hacerme la prueba de VIH, me salió negativo. Todavía dije "o se equivocaron allá o se equivocaron acá". Me fui a otra y me salió negativo. Vine yo y regresé con el doctor de primero. Hablé directamente con él, que tenía que tener un poco más de cuidado respecto a las pruebas, a los resultados. Porque no todos los días trabajan con la misma persona. Entonces le dije "mire, este es el resultado que usted me dio. A parte no me dio posconsejería. No me habló con respecto a las infecciones de transmisión sexual", que normalmente hoy en día lo hacen en la posconsejería. "Y mire los resultados que usted me dio, y mire los otros resultados. ¿Quién cometió el error? ¿Ellos o usted?" Porque yo fui allí primero por ser gratuito, y fui a otros lugares que me tocó pagar. Porque yo en otro lugar no iba a decir "mire, yo ya salí reactivo". Entonces mejor llegar como podía y solucionar el problema. Pero te lo juro, ya sentía que iba llegando al cielo" (GTH12).

"Me atraparon para la prueba, literalmente. Es porque, estaba yo de lo más tranquilo sentado, comiendo un helado, y es que sí sacan a todo el ejército. Porque cada vez que los vemos, "ah ahí están los del CAS", los reconoces porque llevan su batita y su gafetito. Y te dicen: Mirá, ¿te quieres hacer la prueba? -"Ah es que yo ya me la hice". -"Sí, pero ahora estamos regalando tal cosa, y mirá vení, vas a ver que están re buenas, y si no te gusta eso...". O te hacen el plan semilla, que te dicen: Mirá, hace la prueba, te damos tu... pero si nos traes a cinco más te regalamos otra cosa. Como que referidos." (GTH11)

"¿Cómo fue (hacerme la prueba)?, no sé fijate, porque nunca me dijeron que me iban a hacer la prueba, solo me la hicieron. Hace 20 años. En aquel entonces si hubiera sabido los hubiera demandado. Mirá hoy en día ya lo entiendo, ya lo comprendo. Como te digo, si a mí hubiera sabido en aquel entonces demandando al Estado de Guatemala porque me hayan hecho eso. Entonces yo sé muy bien de los consentimientos, de que la prueba tiene que ser voluntaria, no tiene que ser obligatoria, en determinados casos sí, como por ejemplo casos de judiciales, o alguna otra cosa, pero si conoce muy bien los protocolos. Se que Guatemala se están manejando porque nos ha enseñado la experiencia, y nos ha enseñado el que a veces la gente ha denunciado. Se han violado los derechos de las personas que quieren hacerse pruebas de diferentes departamentos o asociaciones que velan por esto y que en vez de velar te perjudica." GTH02

Las principales barreras nombradas explícitamente para realizarse la prueba son el temor a enfrentarse al resultado (20%), la falta de tiempo para asistir a un espacio donde deben esperar por largo tiempo o en horarios laborales (18%), desconfianza con el personal y dudas sobre la confidencialidad de la prueba (16%), la distancia respecto al sitio donde se labora o vive (6%), entre otras. Sin embargo cabe resaltar que en los espacios grupales observados en donde convenían grupos de HSH o Trans, se daba una dinámica de discusión de preferencias e inconformidades que amplía la información dada de forma individual. Por ejemplo, mientras que el individuo reconoce las barreras que le competen solo a su persona (falta de tiempo, miedo, distancia), el grupo co-construye percepciones y referencias en una construcción de identidad colectiva que ejercen cierta presión de grupo. Estas barreras entonces se centran más en torno a emociones e impresiones que pueden ser reales o inducidas (manipuladas por las preferencias de líderes carismáticos), aunque se apoyan en evidencia anecdótica compartida dentro del grupo. Esta tendencia se observa no solo en las entrevistas, sino en los cuestionarios sobre las redes de apoyo personal, donde se pone de manifiesto la importancia de los círculos sociales en los que se comparte la identidad de género u orientación sexual, para establecer pautas de conducta. En ellos se define una identidad colectiva que parece tener mucho peso en cómo el grupo construye imaginarios y moldea preferencias en torno a casi todos los temas de la cotidianidad, no solo aquellos relacionados con la búsqueda de servicios de salud. De esta forma, el grupo puede adoptar las percepciones generalizadas de algunos líderes como mecanismo de aceptación grupal y para reforzar el sentido de pertenencia al grupo. A manera de ejemplo, uno de los casos más evidentes fue la observación de un grupo de Escuintla que decidió boicotear el uso de los servicios de un proveedor de salud local por parte de sus miembros, ante la noción que uno de los empleados de la diversidad sexual que allí labora estaba esparciendo chismes sobre los miembros del grupo en cuestión. Se observó a un líder del grupo hacer comentarios fuertes contra esta institución de servicio y su personal, hablando en nombre de todo el grupo y definiendo que en adelante nadie más iría allí a pedir servicios. Todas las personas de ese grupo que fueron encuestadas posteriormente, y que presenciaron este discurso, manifestaron abiertamente sus críticas hacia este proveedor de salud en apoyo a lo que acababa de ser comunicado por el líder del grupo.

Conocimientos sobre Prueba y el Tratamiento de VIH

Al preguntar sobre si la persona sabe interpretar los resultados de la Prueba y pedir una descripción, el 68% sí tiene conocimiento de cómo interpretarla, el 24% sabe un poco al respecto, y el 8% indica no entender cómo se interpretan los resultados. De quienes dicen conocer poco o nada, el 59.4% refiere conocer personas que pueden explicarle el significado de los resultados.

El 68.1% de la muestra refiere saber cuál es la implicación de que la muestra salga positiva y saben dónde buscar tratamiento, mientras que el restante 31.8% indica saber muy poco o nada sobre las implicaciones de un resultado positivo y los pasos que deben tomarse a continuación. Aunque parece contraintuitivo dado la gran cantidad de información que circula socialmente sobre el VIH, las respuestas varían cuando las preguntas se discuten grupalmente que cuando se profundizan individualmente. Mientras que en grupo se suele asumir que hay suficiente información, las entrevistas individuales (en las que ya no es un factor la presión del grupo por reafirmar una postura particular) evidencian que al menos un tercio de las personas sienten que no hay suficiente información sobre el tema. En el **Grupo Focal**, por ejemplo, se ejercía mucha presión hacia que todos los participantes reafirmaran que sabían cómo se realizaba la prueba y qué implicaciones tenía el que fuera positiva. Algunas personas líderes o vinculadas a servicios de salud parecían no querer reconocer que aún hay desinformación en el tema. Al momento en que las investigadoras profundizaron con las personas que permanecían calladas, motivándolas a hablar, la mayoría dijo percibir que aún había mucha desinformación al respecto, en especial entre las mujeres Trans más jóvenes que migraban a la ciudad, y entre población bisexual u homosexual que permanecía “sin salir

del closet” y sin vinculaciones a grupos o redes de apoyo a la diversidad. Esto generó una discusión dentro del Grupo Focal entre activistas HSH y trabajadoras sexuales Trans. Estas últimas aseguraban que a pesar de los esfuerzos de las ONGs por dar información oportuna y en abundancia a mujeres Trans y HSH, en realidad “solo abarcan a la misma población cautiva, dan información a los obvios, a los que todo el mundo saben que son gay o trans, pero es apenas un poquito de gente que ya está sabida y convencida... El problema son ese montón de personas que esconden su orientación, como muchos clientes nuestros, que de veras no saben ni quieren saber nada de sida ni de pruebas, y otras más jovencitas que tampoco están en grupos de apoyo y no saben nada de nada, o del miedo no quieren saber”. Aún si se conocen generalidades sobre qué hacer en caso de que la prueba salga positiva, existe aún un poco de desinformación sobre los detalles de longevidad, calidad de vida y tratamiento, pues parece aún circular información desactualizada en estos temas.

Aún hay mucha desinformación. Cuando yo recibí mi resultado, o sea, yo me hice una prueba rápida en el 2010, pasaron tres años para yo darme cuenta que necesitaba tratamiento, y gracias a Dios la infección no estaba muy avanzada, acababa de contraer la infección. Mi primer reacción, yo tenía mi cabello así como el tuyo a la cintura muy largo. “Yo me voy a morir”. Y me corté el cabello hasta aquí. Así siguen muchas que no saben sobre esto de la prueba.” (GTT16)

“Mira, me siento preparada para saber qué hacer. No me siento preparada para enfrentarlo emocionalmente, porque eso implica muchas cosas en mi vida como tal, mi pareja, mi familia. Ahora es mucho más llevadero que antes, pero en mi vida cambiaría mucho, cambiaría demasiado, o sea, en pocas palabras te diría que no, que no sabría qué hacer. Me volvería tan inútil en una noticia tan complicada.”(GTT50)

Respecto a la concepción de longevidad en el caso de ser VIH positivo, el 73% de las personas que respondieron (n=41) indican saber que con los tratamientos actuales ya es posible extender la vida hasta la tercera edad, lo que reduce sus preocupaciones. El 19.5% considera que a pesar que su vida puede ser más larga, estará llena de complicaciones y estigmas negativos que disminuirán su calidad. El 7.3% aún mantiene la idea que contraer el VIH equivale a morir en un corto tiempo.

Al indagar con los individuos infectados con VIH, el 100% indicó seguir conductas responsables para no infectar a otros. Específicamente, el 100% indicó siempre usar condón al tener relaciones sexuales, algo que se refuerza ante la noción de volverse ellos mismos vulnerables si contrajeran una reinfección. Sin embargo, durante el **Grupo Focal** se enfatizó en que la falta de Post Consejería adecuada o de apoyo psicológico oportuno, ha ocasionado que personas VIH positivas tomen actitudes irresponsables, autodestructivas o incluso de desear infectar a otros. Si bien nadie pudo o quiso dar detalles específicos, todos los participantes manifestaron conocer a al menos una persona que había decidido infectar a todas las personas posibles luego de saber que había contraído la infección. Esta información debe tomarse con cautela, pues parece corresponder en alguna medida a una leyenda urbana que circula en el imaginario colectivo. Sin embargo, no debe descartarse que estas actitudes se sigan generando entre la población Trans y HSH.

Apego a Tratamiento de VIH

Todas las personas VIH positivas entrevistadas manifestaron estar bajo tratamiento. Sin embargo, el 28.5% indicó que aún no entiende todos los aspectos del tratamiento que sigue, en especial lo relacionado a efectos secundarios. Mientras que la Post Consejería ha sido efectiva en transmitir información sobre por qué es importante tomar el tratamiento, apegarse al régimen, protegerse con preservativos al tener

sexo y monitorear regularmente la carga viral, muchos de los entrevistados consideran que no se advierte lo suficiente sobre qué efectos secundarios pueden esperarse del tratamiento. En el **Grupo Focal** se dijo que quizás la insistencia de que una persona inicie tratamiento hace que el personal de servicio conscientemente evite dar información que pueda ser percibida como negativa, o que pueda desincentivar el apego al mismo. Sin embargo, todos consideraron que debía advertirse a la persona de forma más clara sobre qué esperar como efectos secundarios, pues el no saber aumenta la ansiedad y la sensación de pérdida de control sobre sí mismo, incluso poniendo en duda que las instituciones de servicio sepan lo que están haciendo (es decir, que se genera desconfianza hacia los doctores que recetan el tratamiento o hacia el personal de Consejería, por creer que estos efectos son únicos a ellos y que el tratamiento puede “no estar sirviendo”, o que han sido engañados para forzarlos a tomarlo).

Las razones más comunes que fueron dadas para explicar desvíos en cuanto a la forma correcta de tomar el tratamiento fueron la escasez de alimentos debido a la situación de pobreza que se experimenta (no pueden tomar la pastilla en ayunas), olvidar tomar todas las dosis, o evitar el cambio de humor y agotamiento que sobreviene inmediatamente después de tomarlo. Esto fue particularmente importante para quienes se insertan en el trabajo sexual nocturno, pues relatan que no pueden tomar sus pastillas en la noche antes de dormir, como les indica el doctor, porque ese es el momento en el que salen a laborar a la calle, lo que implicaría que no estarían en capacidad de trabajar.

“Es que como a veces no tengo que comer. Y tengo que comer antes para que las pastillas me caigan en el estómago cuando ya tiene algo, una base. Si se caen así, directamente al estómago, bomba y media. Que no tiene nada el organismo. (...) Me duele todo, me pongo muy mal.” (GTH09)

“Me afectó emocionalmente porque había... o sea, no me puedo tomar una pastilla que me va a dar somnolencia, que me va a dar mareos, que me va a dar náusea y estar parada en una esquina; me puede atropellar un vehículo, soy mucho más vulnerable, entonces desde ese día cuando yo salgo los fines de semana y salgo al trabajo sexual yo no tomaba mi medicamento. Pero yo dije, si yo no me cuido ¿quién me va a cuidar? Pero como te digo, la vulnerabilidad de los gastos me obligaba a salir a trabajar.”(GTT16)

Percepción en torno a la Prueba de VIH Autoadministrada

Al preguntar a los entrevistados si habían escuchado alguna vez hablar sobre la prueba autoadministrada, solo el 16% contestó afirmativamente. De las 45 personas que emitieron su opinión sobre si les gustaría o no que estuviera accesible en el mercado, 42.2% manifestaron que esto sería algo sumamente positivo que podría incrementar la tasa de personas que se hacen la prueba con frecuencia. Un poco menos de la mitad (48.8 %) se enfocaron en los aspectos negativos y los riesgos que este tipo de prueba podría traer, manifestándose en contra de que la misma se haga accesible. Un 8.8 % dio argumentos tanto positivos como negativos, declarando no tener suficiente conocimiento para emitir una preferencia al respecto. Vale la pena notar que la totalidad de quienes trabajan en ONGs o entidades de servicio a la diversidad sexual, estuvieron rotundamente en contra de liberar esta prueba al público. En los siguientes extractos puede notarse la variabilidad de los argumentos a favor y en contra de la Prueba de VIH Autoadministrada.

“Sería negativo eso de soltar (la autoprueba). Yo he escuchado que a veces no somos lo suficientemente responsables y evitamos... bueno, también es un derecho el reservarse el estado serológico, pero hay quienes (breve pausa reflexiva) y he sabido de que si yo me infecté puedo

infectar al otro. Entonces creo que si se tuviera acceso a esto sería como no muy... (brevísima pausa reflexiva) sano.

E: Perdón, no entiendo. O sea como diciendo que si alguien se la hiciera solito podría tomar la decisión de no decir nada, no buscar ayuda y quedarse guardado.

S: Y seguir infectando a las personas.

E: ¿Y cómo es que esto se evita cuando se tiene que hacer la prueba fuera?

S: Porque se vincula con la Way. Entonces la Way le pregunta con quiénes ha estado. No es que se divulgue, pero ellos llevan un control.

E: ¿Y les hacen algún tipo de conciencia sobre que...?

S: Sí, porque tienen un psicólogo y tienen una trabajadora social que les hace conciencia a ello. Y que me doy cuenta que varios de los que por el trabajo que tuve, me enteré de cosas. Yo siempre lo he dicho. No es que yo esté buscando ni preguntando. Pero dependiendo del trabajo y por mi trabajo me enteré de personas que eran... y que algunas me lo compartieron que eran positivas. Y he notado los cambios de estas personas. Al menos por yo tengo la confianza de decirle que "fijate que tuve relaciones sexuales", "¿usaste preservativo? Sí. O sea es algo que a pesar de que estén tomaditos tienen conciencia de esa otra parte.

E: Mjm. Pero si la prueba solo se autoadministrara, tú piensas que habría más riesgo de que la población que llega en hábitos no muy saludables, continuara igual...

S: Sí. Porque ¿qué es lo que se hace en las pruebas de embarazo? Las patojas se dan cuenta que están embarazadas y empiezan a abortar. Y solo ellas saben o la mejor amiga. Entonces considero que esto pasaría con las pruebas de VIH.

E: O sea que la consejería que acompaña una prueba para ti es muy importante en tu experiencia.

S: Sí, mjm. La vinculación que estando en el área y que sea una buena consejera, eso es lo que hace." (GTT13)

"Le veo problema de que las personas no sepan utilizar de manera adecuada la prueba, que lo echen a perder pero de lo contrario si es la suficiente información y capacitación para hacerla no le veo ninguna dificultad. Sería... tendría que tener un proceso por lo menos de formación para saber cómo hacérsela, para que saber al final su resultado supieran realmente si tiene alguna forma de reacción al VIH."(EH46)

"No, no le veo el lado malo, al contrario, porque habría más acceso y sería, no sé, sería algo más privado. Tal vez la mayoría de personas no acuden a hacerse ese tipo de pruebas por miedo, por miedo de quién me lo vaya a hacer vaya a venir, y lo vaya a publicar o decírselo a alguien más y entonces, para mí estaría genial eso."(EH45)

"Sí, yo creo que sería excelente. Yo creo que sí sería excelente porque muchas veces las personas no se acercan a la clínica, o no se acercan a una entidad. Primero es el miedo, el miedo a tener la infección, dicen, tengo miedo. Segundo es que lo miren que se está realizando una prueba de VIH, y yo creo que también un factor importante en esto, las personas no se acercan a hacerse una prueba de VIH porque no tienen el conocimiento del mismo. Entonces yo creo que en una prueba de estas sería bastante buena, en el sentido de ir, compro, me la realizo y salgo de dudas."(EH39)

"Pues fijate que daría lo mismo porque, o sea, mirá pues te voy a ser honesta, hay personas de que no les gusta hacerse la prueba de VIH porque saben lo que hacen. O sea, si yo cojo sin condón, yo prefiero irme a hacer la prueba para saber si tengo VIH o no, pero hay personas que cogen sin condón y lo que hacen es no hacerse la prueba porque tienen miedo. Por eso no se hacen la prueba de VIH, entonces digo yo, si esa prueba que tú dices, para que uno mismo se lo haga da lo mismo.

Porque venís tú y te haces la prueba y sale positiva, ¿qué vas a hacer en ese momento? O sea, no podés hacer nada porque daría lo mismo, porque no vas a ir a pedir retrovirales, si esas no las venden sin que tengas una receta o algo así. Yo que sepa las regalan en todos lados, pero no vas a ir tú a un centro de salud y "regáleme unas retrovirales por fa", no."(GTT17)

"Para mí no, porque si lo llegan a saber qué van a hacer, nada. Como en Barcelona, en las charlas que me han dado, y si ahí salgo infectada, ahí mismo me dan apoyo psicológico y de una vez te mandan, como dijo aquel [no se entiende] Para que lo vas a saber, si no lo vas a poder comprar."(ET35)

"Sí, porque supóngase que si uno no sabiéndolo y que uno tal vez esté con dudas, y que ya que como vuelve a decir usted, que están esos aparatitos y que tal vez no eh, no le da uno a saber tal vez a los médicos, porque fíjese que por lo menos lo que es el centro de salud a mí nunca me ha gustado asistir, por el motivo que fíjese que allá donde yo vivo, hay una muchacha, pura patoja, que ella resultó embarazada y, como ahorita este, les están haciendo la prueba a las mujeres que están embarazadas, para estar este, al contacto de que supóngase si están infectadas que las criaturas no nazcan infectadas, verdad, tal vez a la hora de sus partos. Entonces, ella se hizo la prueba allí en Masagua, en el centro de salud, y fíjese que eso fue para darse cuenta toda la gente, porque eh, los doctores no fueron callados de la boca, más que todo, que a más de alguno le comentó a otra persona, esa persona empezó ya a ver."(ET27)

"En realidad, a mí, para eso, sería algo como que no está bien. Prefiero ir a un centro de salud u organización que hay orientación, y aparte de que hay orientación, si te sale más de algo, Sífilis o esto, ellos te orientan al instante. Ellos vienen y te tratan al instante, o te dan cita para el otro día, pero para que, si tú sabes que tenés eso, por vergüenza no vas a querer ir a que te traten."(GTT20)

"Definitivamente sí lo haría más accesible y más fácil por la discreción que conlleva este proceso. Pero considero que sería, bueno, sería muy práctico, sería un gran avance aquí en Guatemala. Pero a la larga también yo siento que serviría de muy poco. Porque como te digo mucha gente tiene miedo. Ya sea por presión social o familiar, de enterarse que tienen algún tipo de infección. Porque como te digo. Si tú estás casada, tú tenés una infección, obviamente con tu pareja no vas a irle a decir "mirá, hoy un condón". ¡Es irónico! Pero yo siento que de qué serviría porque ponele, viene una persona, lo hace, sale positiva. No creo que, si no tenía el valor de ir a un lugar a hacerse una prueba, va a tener el valor de ir a pedir un tratamiento o de decir "miren, salí positivo". Yo creo que está muy difícil, al menos por ese lado."(GTT18)

"Bueno, creo que sí y no. Siento que sí sería como que... Una persona en su casa estaría como con más confianza, sería algo mucho más fácil el poderse hacer la prueba. El problema sería al momento de ya obtener el kit, o sea, dónde lo consigo, dónde lo compro. Eso."(GTH10)

"Es un arma de doble filo, porque en realidad... Una persona se lo puede hacer, se lo puede hacer y le va a dar un resultado. Pero, ¿quién te va a ayudar psicológicamente? Si te llega a salir "positivo", si estás tú solo. Entonces, es como... Yo me podría manejar porque yo sé del tema, me he manejado en el tema. Y probablemente no me afecte ya así como que me hayan encontrado ITS, no me afecta. Pero una persona que no y con miedo, y que se lo haga sola probablemente llegue al suicidio o a otras cosas mucho peores. Entonces es como un arma de doble filo, porque es como... Probablemente te va... Tal vez algunos sí se enteren y "va, vámonos a hacer algo", y otros que no, va. Y eso es como, aquí en Guatemala está como muy complicado todavía hacerlo individual. Porque

no es como en otros países que el tema de salud sexual es abierto, o que la información es muy fluida. Aquí todo eso es como muy escondido, muy encapsulado. Entonces la información y todo eso que salga va ser como muy mal manejada, digamos.”(GTH06)

En el **Grupo Focal** se amplió la información hacia que si bien las oenegés de servicio deben enfocarse “en la población intermedia que no ha salido del clóset, los que buscan a trabajadoras sexuales Trans chicos gay para tener sexo fuera de sus relaciones hétero, haciendo más accesible la información para ellos”, esto no debería confundirse con hacer muy fácil de acceder la prueba autoadministrada a cualquiera que la busque en la calle. La principal razón dada es el temor a que un cliente que determine que es VIH positivo y no reciba la consejería necesaria, podría intentar buscar represalias físicas severas contra la trabajadora sexual que él considere que le infectó. En resumen, consideran que las pruebas autoadministradas sin consejería disponible aumentarían la violencia.

8.6 Trayectorias de Búsqueda de Atención en Salud

El término ‘búsqueda de salud’ se ha definido como "una respuesta a los cambios en la salud y parte del proceso más amplio de comportamiento que busca la salud" (O'Mahony and Hegarty 2009: 178). Esta definición sugiere que la búsqueda de ayuda es parte de un proceso más amplio en el que diferentes circunstancias se articulan para impulsar y dar forma a dicho comportamiento y describe un proceso de afrontamiento resultante de la confrontación con la enfermedad (Pietkiewicz 2008: 85). Esta búsqueda está moldeada por el contexto social en el que tiene lugar el episodio de enfermedad. Los determinantes sociales de la salud, definidos como "las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud, configuran los esfuerzos de búsqueda de ayuda como resultado de la distribución de dinero, poder y recursos a un nivel global, nacional y local " (OMS, 2015). Desde esta perspectiva, la salud, o la falta de ella, no es sólo el resultado de la interacción de factores biológicos, sino también el resultado de una serie de condiciones que están fuera de la persona.

Las principales causas de mortalidad, morbilidad y desigualdades de salud están condicionadas por factores sociales, ambientales y económicos (EuroHealthNet 2014), así como por la historia, la etnia y los diferenciales de poder en un determinado lugar. En este sentido, existe una relación sólida entre la desigualdad socioeconómica y los resultados de salud. Las desigualdades en salud son disparidades en el estado de salud y/o el acceso a servicios de salud entre diferentes grupos de población (EuroHealthNet 2014). Dichas desigualdades pueden existir debido a variaciones biológicas (edad, etnia, sexo, etc.) o condiciones externas fuera del control del individuo. Algunas de estas condiciones externas son evitables y resultan de políticas sociales y disparidades que se han definido como inequidades en salud (USAID 2006).

La búsqueda de ayuda de servicios de salud es un acto intencional realizado por una persona y sus redes sociales en un proceso dialéctico que también está determinado por factores contextuales. Cummings, Becker y Maile (1980: 138) proponen entre las variables que afectan el comportamiento de búsqueda de servicios de salud, los siguientes factores:

1. Accesibilidad a la atención médica (incluida la capacidad de pago de los servicios de salud, la conciencia de la disponibilidad de estos servicios y la disponibilidad de servicios en general).
2. Actitudes hacia la salud (incluyendo creencias sobre los beneficios y la calidad de la atención)
3. Amenaza de enfermedad (vulnerabilidad percibida con respecto de posibles consecuencias de la enfermedad)
4. Conocimiento de la enfermedad

5. Interacciones sociales, normas y estructura
6. Características demográficas.

Para explicar el proceso de toma de decisiones involucrado en la búsqueda de ayuda, necesitamos entender que los pacientes suelen confiar en los recursos disponibles y en las normas culturales y sociales para tomar decisiones sobre su salud y decidir el curso de acción que se buscará. En este sentido, cada grupo social organiza sus creencias, acciones, habilidades y conocimientos para construir sus modelos de búsqueda de ayuda. Por lo tanto, cada cultura desarrolla teorías, técnicas (modos de intervención), roles y rutas para resolver problemas relacionados con la salud (Eder y Car 2004: 65). Por lo tanto, las trayectorias de búsqueda de atención en salud son la serie de medidas adoptadas para recuperar la salud y se definen como un "proceso adaptativo que es el intento de obtener asistencia externa para hacer frente a un problema de salud" (Rickwood, Thomas y Bradford 2012). Estos pasos o series de contactos buscados por individuos y organizaciones son impulsados por los esfuerzos de una persona para mantenerse sana o de una persona enferma o de sus parientes cercanos para buscar ayuda (Rogler y Cortes 1993: 555).

Como se mencionó anteriormente, el acceso a servicios de salud está determinado por varios factores a nivel micro y macro, donde la cultura juega un papel predominante en la escogencia de comportamientos particulares de búsqueda de ayuda. Los pacientes suelen tener modelos de búsqueda de atención en salud, dependiendo de sus condiciones socio-culturales y son estos modelos los que determinan a quién acuden primero y por qué.

En este sentido, es importante notar que a pesar de los avances de la biomedicina en la prevención y el control de las enfermedades, sus beneficios no están disponibles o asequibles a muchas personas en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud 2005a: xi). La distribución de los servicios de salud refleja patrones de privilegio y desigualdad que prevalecen en estas sociedades. En este sentido, en lugar de pensar en la biomedicina como un campo homogéneo, debemos reconocer que las biomedicinas son también plurales y responden a las construcciones socioculturales locales de la modernidad y el acceso (Good 2001: 395).

A pesar de que las desigualdades en el acceso a servicios de salud en América Latina afectan a la población en general, las personas que pertenecen a minorías, incluyendo las personas HSH y Trans, resultan particularmente desfavorecidas debido a que están desatendidas por los prestadores de servicios de salud. La homofobia y transfobia contribuyen de forma directa a la vulnerabilización de esta población y crean obstáculos en el acceso a servicios de salud (Bockting & Keatley, 2011). El estrés experimentado por minorías se ha definido como un estado que resulta de las sanciones culturales, adscripciones categóricas a un estatus inferior, prejuicios y discriminación, impacto de influencias ambientales en el bienestar psicológico y el reajuste consecuente (Lewis, Derlega, Berndt, Morris, & Rose, 2002). La posición social de personas HSH es única en el sentido de que pueden no tener una identidad cultural fuera de la cultura dominante en la que viven. Además, a diferencia de la población Trans, pueden ocultar su estatus de minoría. Independientemente de esto, como minorías estigmatizadas, enfrentan estresores específicos a su orientación de género e identidad sexual. Se ha propuesto que tener una identidad de minoría sexual aumenta el riesgo de experiencias estresantes y que la ocurrencia de estos eventos tiene consecuencias como el aumento del riesgo de identidad negativa, ansiedad y depresión (Lewis et al., 2002; Lewis, Derlega, Griffin, & Krowinski, 2003).

Para entender los determinantes sociales que moldean las trayectorias de búsqueda de atención en salud (TBAS) de la población Trans y HSH, se reconstruyó la última ruta seguida por cada persona entrevistada, procediendo a indagar sobre los factores estructurales, organizacionales, contextuales e individuales que

perciben influencia a las mismas. La Tabla 8.7.a muestra de forma resumida las instituciones de servicio que fueron seleccionadas por los usuarios en este proceso.

Tabla 8.7.a Resumen de las Instituciones seleccionadas en las TBAS de HSH y Trans

	Código	Última(s) Trayectoria(s) de Búsqueda de Atención en Salud				
		Motivo de Consulta	Primera referencia	Segunda referencia	Tercera referencia	
GUATEMALA	HSH	GTH01.1	Prueba VIH	SOMOS	Resuelto en la primera	
		GTH01.2	Afección respiratoria	Centro salud zona 1	Continúa automedicación	
		GTH02.1	Hipertensión	IGSS	Resuelto en la primera	
		GTH02.2	Dermatología (rash en piel)	Hospital Roosevelt	Resuelto en la primera	
		GTH03	Prueba VIH rutinaria	SOMOS	Resuelto en la primera	
		GTH04	Broncoespasmo	Clínica privada	Resuelto en la primera	
		GTH06.1	Revisión ETS rutinaria	Marco Antonio	Resuelto en la primera	
		GTH06.2	Suturación (ataque armado)	Hospital Roosevelt	Resuelto en la primera	
		GTH07	Revisión ETS y Priebe VIH	CAS	Resuelto en la primera	
		GTH09	Tratamiento VIH	IGSS	Resuelto en la primera	
		GTH10	Chequeo ETS, apoyo psicológico	CAS	Resuelto en la primera	
		GTH11.1	Dolor abdominal severo	Puesto salud zona 3	Clínica privada	
		GTH11.2	Prueba VIH	CAS	Resuelto en la primera	
	GTH12.1	Revisión ETS, Prueba VIH	Marco Antonio	Resuelto en la primera		
	GTH12.2	Esguince	Puesto de salud zona 1	Resuelto en la primera		
	GTH13	Prueba VIH	Centro de salud zona	Resuelto en la primera		
	TRANS	GTT05.1	Revisión ETS trimestral	Puesto de salud zona 3	Proceso continuo	
		GTT05.2	Afección respiratoria	Puesto de salud zona 3	Automedicación	
		GTT08	Afección respiratoria	Automedicación en farmacia	Aparentemente resuelto.	
		GTT14	Dolor de estómago	Hospital Roosevelt	Puesto salud Zona 3	Automedicación
		GTT16	Tratamiento VIH	Hospital Roosevelt	Resuelto en la primera	
		GTT17	Chequeo ETS	centro de salud zona 3	Resuelto en la primera	
		GTT18	Bronquitis	Eventos Católicos.	No resuelto.	
		GTT19	Prueba VIH	Centro de salud	Resuelto en la primera	
		GTT20	Revisión genitales	Centro de salud	Resuelto en la primera	
GTT21		Prueba VIH	OTRANS	Resuelto en la primera		
GTT22		Afección respiratoria	Automedicación en farmacia			
GTT23		Dolor hígado	Automedicación en farmacia			
GTT24	Afección respiratoria	Automedicación en farmacia				
GTT50	Afección respiratoria	Automedicación en farmacia				
ESCUINTLA	HSH	EH25	Afección respiratoria	Puesto de salud	Resuelto en la primera	
		EH26.1	Accidente balazo en pierna	Hospital Escuintla	Resuelto en la primera	
		EH26 .2	Afección respiratoria	Automedicación		

TRANS	EH28.1	Gripe falsa para monitorear servicio	Hospital Antigua	Resuelto en la primera	
	EH28.2	Afección respiratoria	Hospital Escuintla	Resuelto en la primera	
	EH30	Chequeo ETS	Way	Resuelto en la primera	
	EH39.1	Espasmo pulmonar	Aprofam	Resuelto en la primera	
	EH39.2	Dolor de muela	Dentista privado	Resuelto en la primera	
	EH41	Coma diabético	Hospital Roosevelt	Resuelto en la primera	
	EH43	Migraña cerebral	Médico privado	Resuelto temp.	Cont. automedicación
	EH44	Chequeo VIH	Barcelona	Resuelto en la primera	
	EH45	Golpe en uña	Automedicación	Resuelto en la primera	
	EH46	Infección garganta	medico privado	Resuelto en la primera	
	EH49	Infección estoómago	Barcelona	Resuelto en la primera	
	ET27.1	Tratamiento VIH	Way	Resuelto en la primera	
	ET27.2	Alergia piel	Way	Automedicaicón	Cita pend en Way
	ET29	Alergia piel	Barcelona	Resuelto en la primera	
	ET31	Afección respiratoria	Centro de Salud	Automedicacion	
	ET32	Afección respiratoria	Clinica privada	Resuelto en la primera	
	ET34	Afección respiratoria	Automedicación en farmacia		
	ET35	Infección anal	Barcelona	Resuelto en la primera	
	ET37	Cefalea	Automedicación en farmacia		
	ET38	Cefalea por hormonas	Médico privado	Resuelto en la primera	
	ET40	Sarcaidosi (?)	Barcelona	Clínica Privada	Resuelto en segunda
	ET42	Prueba VIH	Barcelona	Resuelto en la primera	
	ET47	Afección respiratoria	Barcelona	Resuelto en la primera	
	ET48	Infección ETS	Barcelona	Resuelto en la primera	

La primera gran tendencia que resulta evidente es la diferenciación de la trayectoria de salud cuando se refiere a salud sexual, de cualquier otro tipo de afección. De 22 trayectorias de salud relacionadas a la búsqueda de un servicio de salud sexual, el 59.1% dieron inicio en una organización de servicio diferenciado (fundación u oenegé), mientras que el 40.9% dieron inicio en servicios de salud pública, específicamente en las clínicas especializadas para personas de la diversidad sexual o viviendo con VIH. Parece existir un consenso generalizado que existen suficientes opciones para obtener servicios de salud relativamente rápido cuando se trata de consultas ofrecida por organizaciones especializadas para población de la diversidad sexual, siempre que se refieran a salud sexual o énfasis en pruebas de VIH, tal y como lo muestra el siguiente caso.

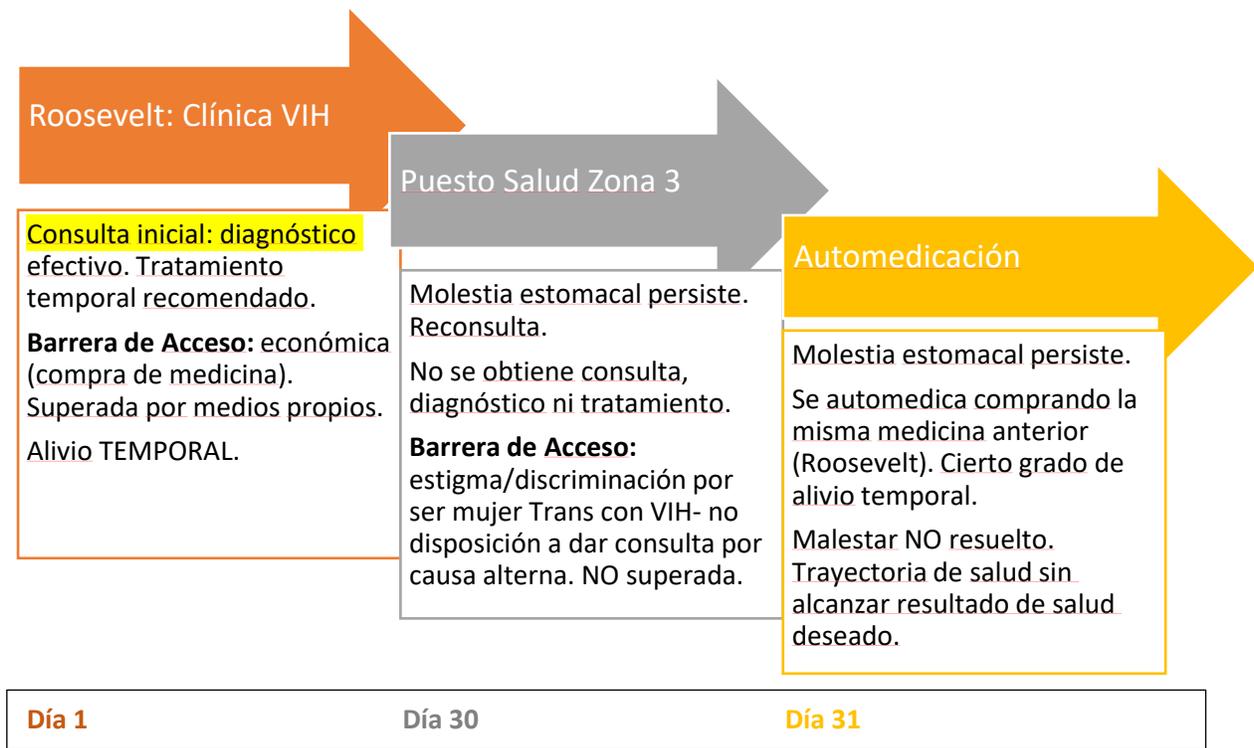
“Este año mi última necesidad de salud fue que la fundación Marco Antonio llegó allá donde vivimos, y ellos siempre llevan su clínica móvil. Entonces ahí aprovechamos cada vez que va, verdad. Lo único no me vayas a preguntar el mes porque no me acuerdo. Más que todo chequeo médico por salud sexual. O sea, por saber cómo estamos. Me hice prueba de VIH y sífilis y el chequeo médico. La analocospía y mi chequeo general. Pues mira pues, nosotros normalmente cuando ellos llegan hacen una reunión. Entonces ya la clínica está ahí. Si uno llega un día antes, desde un día antes está atendiendo a todos y todas las que quieren llegar.”(GTH11)

Para las 31 trayectorias de salud que involucran afecciones de cualquier otra naturaleza, excepto de salud sexual, el 48.5% busca servicios de salud estatales, el 25.7% se automedica sin recurrir a un diagnóstico biomédico formal, el 11.4% busca servicios de salud privados y el 2.8% los obtiene de servicios misionarios religiosos. Solo el 11.4% consulta centros de atención especializadas para la diversidad sexual (como fundaciones, onegés). El siguiente relato muestra la exclusión percibida por una mujer Trans que no logró resolver su problema de salud más reciente:

“Yo padezco de crisis nerviosa y eso a veces me da grandes dolores en la boca del estómago. Como soy VIH positivo, pues fíjate que cuando me puse así grave del dolor me fui al Roosevelt porque allí me atienden, hace más de un mes. Llegué y lo primero fue que la enfermera dijo a hacerme mi carga viral, que gracias a dios estaban re altas mis defensas. Así ya me dijeron que entonces era algo del estómago como gastritis o algo y me dijeron que tenía que tomar una pastilla para quitar la acidez, recubrir. Te soy honesta, que esas pastillas las tuve que comprar yo en el parqueo, costaron Q100, no me las dieron porque allí solo cosas de VIH dan. Pero al menos me revisaron. Yo me fui a trabajar unos días de muchacha para tener dinero para poder comprarlas. Pero ya la semana pasada, que me peleé con mi jefa, me volvió a agarrar ese gran dolor de estómago, estaba que me moría. Fui al Puesto de salud en zona 3 doblada de dolor, y no me quisieron atender porque me dijeron que me faltaban todavía dos días para la fecha que decía mi carnet. Allí sí me sacaron el calor, me enojé y los maltraté. Cómo va a ser que yo soy una persona viviendo con VIH y me tratan así, que me niegan atención de salud solo porque no es mi fecha, o porque es un dolor de estómago. Y entonces qué? No me atienden a menos que sea para mi tratamiento? Pero así es, si sos pobre mirá qué hacés para comprar tu medicina en la farmacia, que nadie te ayuda con las cosas de salud... solo te atienden si es para la prueba o el tratamiento, o enfermedades venéreas, revisar el ano, pero de allí no pasan los servicios. (...) Al final, yo sola resolví mi problema, pero te digo que todavía me duele el estómago hasta hoy.” (GTT14)

De forma visual, la trayectoria de este caso muestra tres momentos específicos importantes en la búsqueda de atención (Figura 8.7.a). En el primer momento se logra la consulta por medio de un servicio secundario, derivado de atención a VIH, pero no se obtiene el tratamiento. La barrera inicial, de tipo económico, es superada obteniendo un trabajo temporal que permite adquirir el medicamento para tratar el dolor. Sin embargo, el alivio es temporal y pone de manifiesto un problema mayor que persiste sintomatológicamente. En el segundo momento, un mes después, se intenta una reconsulta en un servicio de salud pública, pero debido al estigma de ser mujer Trans, se le encasilla para optar a servicio médico solo en la fecha programada para su consulta mensual por tratamiento VIH. La barrera de estigma por servicio asociado a mujer Trans con VIH, que imposibilita recibir atención médica ordinaria, no es superada. Al no obtener servicio alguno, opta por la automedicación usando información recibida anteriormente, sin contar con un nuevo diagnóstico. El problema de salud no ha sido resuelto fehacientemente en esta trayectoria, ya que las molestias persistían al momento de la entrevista.

Figura 38.7.a TBAS de Mujer Trans. Consulta: Dolor Estomacal



Resulta evidente que gran parte de la población Trans y HSH no tiene acceso suficiente a servicios de salud regulares, teniendo que cubrir por sí mismos los costos de recuperar la salud. Si bien una parte de la muestra tiene los recursos económicos para cubrir sus necesidades de salud en el sector privado, la mayor parte de mujeres Trans y HSH de ingresos bajos y medios debe recurrir a la automedicación en farmacias o a servicios de salud regulares para poder aliviar sus dolencias. Este alivio puede ser de carácter temporal o paliativo, sin certeza de estar tratando la causa real de la enfermedad por carecer de diagnóstico. Como se verá en la sección siguiente, esto resulta sumamente complejo si tomamos en cuenta que la mayor parte de Trans y HSH no se sienten cómodos asistiendo a servicios de salud no diferenciados. Ambas poblaciones, pero en especial la población Trans, se encuentra en una situación de exclusión fuerte en relación a la incapacidad de acceder a servicios de salud general. El enfoque de la cooperación nacional e internacional en la atención a estas poblaciones se ha enfocado casi exclusivamente en la prevención y atención del VIH y otras ETS, dejando a un lado la agenda de derechos básicos a la salud humana. Esta es una demanda real recurrente en la población que participó en el estudio, quienes abogan por la obtención de mejores servicios de salud diferenciada en todos los ámbitos de la medicina y no solo en salud sexual.

En el **Grupo Focal**, los participantes exigieron que el presente estudio resaltara la necesidad de contar con servicios de salud general, pero diferenciados en función de las necesidades de la población de la diversidad sexual. Se planteó como algo irracional que haya inversión tan grande para pruebas de VIH y tratamiento, o en consultas para ITS, en la que se sienten como objetos de interés para el sector salud solo por su condición de identidad de género y orientación sexual. Esta objetificación que refieren es fuerte por parte de muchas entidades de servicio que ven a la población únicamente como cifras para alcanzar metas en programas de VIH. Por tanto, sienten que las entidades no contribuyen a alcanzar sus derechos en salud integral, incluyendo la salud mental, puesto que solo son atendidos si se trata de alguna infección de transmisión sexual o si son considerados como estando en riesgo de contraer VIH. En voz de

uno de los participantes: “Es ilógico que me muera de una gripe que se vuelve neumonía solo porque no tengo pisto para ir con un doctor privado, porque en los puestos y las fundaciones solo me atienden si voy por chequeos de infecciones de transmisión sexual. Entonces no nos vamos a morir de VIH pero sí de una infección pulmonar, o de diabetes o de una cortada mal tratada, eso no puede ser. Somos personas como todos, pero nos tratan mal en los servicios no diferenciados y nos niegan atención, o nos dicen cosas como que tome esas pastillitas y me vaya ya rapidito, pero esas pastillias son aspirina que solo es para hacer el quite pero ni diagnóstico real me dan.”

8.7 Relación con Personal de Salud, Experiencias y Desafíos

Experiencias en el Sistema de Salud

El estigma relacionado con la diversidad sexual es prevalente en todo el mundo. Según Goffman (2009), el estigma es conceptualizado por la sociedad sobre la base de lo que constituye "desviación". Una persona estigmatizada es alguien con "una diferencia indeseable" y en muchos casos el estigma se convierte en un mecanismo para la producción de desigualdad. El estigma relacionado con el VIH y la diversidad sexual en un entorno de salud desalienta a las personas de buscar servicios si previamente experimentaron un tratamiento discriminatorio o si su confidencialidad no fue respetada (Foreman & Breinbauer, 2003). En este sentido, las experiencias previas con el sistema de salud y los resultados en las interacciones en sus instituciones influirán en la búsqueda de ayuda, por ejemplo, al decidir abandonar un tratamiento específico (Gupta & Bhugra, 2009). En consecuencia, se ha creado un silencio como resultado del estigma y la discriminación que tienen consecuencias negativas sobre la salud de estas poblaciones.

Debido a la importancia de las experiencias previas con el sistema de salud para predecir la búsqueda de servicios de salud en el futuro, se buscó conocer sobre la última experiencia en el servicio de salud para las y los participantes. Al considerar la muestra en su totalidad, puede observarse que la percepción en cuanto a la atención recibida la última vez que visitaron una institución de servicios de salud se encuentra dividida. La mitad de las personas reportaron experiencias sumamente positivas o más positivas que negativas, mientras la otra mitad reporta experiencias negativas de discriminación y maltrato. Esta misma distribución se observa en las percepciones de la población HSH que participó en el estudio, mientras que en la población Trans se observa una leve inclinación a percibir discriminación y malos tratos por parte del personal de salud. Existen también diferencias entre regiones. Mientras que la percepción sobre la experiencia previa en Escuintla indica una tendencia hacia lo positivo o más positivo que negativo, en Guatemala se da el efecto contrario.

El maltrato en las instituciones de salud puede implicar ser víctima de distintos tipos de discriminación, que van desde miradas y comentarios, hasta agresiones físicas derivadas del estigma. A continuación se lee cómo estos estereotipos pueden dañar directamente el cuerpo de las personas. A su vez, esto determinará si el servicio vuelve a utilizarse o no.

“Sí, definitivamente, nadie quiere ser tratado mal. Una vez vino un chavo aquí a que le hiciéramos la prueba porque él había ido al Centro de Salud, pero la enfermera que lo atendió lo trató de mala forma y lo lastimó. [Para que las personas regresen es necesario] que haya buen trato, que

los médicos y enfermeras sean amables. Si me trata bien por qué no voy a regresar, si me tratan mal o no hay un trato parejo para todos entonces no regreso.” GTH03

Existen algunos casos en los que la discriminación, falta de comprensión y malos tratos no logran desalentar la búsqueda de servicios de salud. Sin embargo, sí pueden alargar las trayectorias de búsqueda de atención en salud y retardar el tratamiento.

“Como era trabajador de OASIS tengo derecho a seguridad social de por vida, por vivir con VIH. Solo al IGSS. Sí estuve antes, pero en un principio, cuando me diagnosticaron en el San Juan de Dios, pero tuve que pedir varios traslados por ciertas discriminaciones que había en ese entonces. Ya ahora nosotros hemos luchado para que se nos respete y se nos trate como personas y no como a veces nos tratan.” GTH09

La confidencialidad en el tratamiento es uno de los pilares para el establecimiento de confianza en la relación proveedor de salud-paciente. Las violaciones a la confidencialidad pueden causar daños irreparables en la relación terapéutica que resulten en la no utilización de tales servicios. A continuación se presenta un ejemplo de cómo estos problemas suelen darse al interior de instituciones encargadas de proveer servicios de salud.

“Llegar a un lugar donde te van hacer un chequeo y que esté entrando una persona, eso no... se supone que te va a estar chequeando un doctor confidencialmente. Tu prueba es confidencial. Entonces hay una persona que laboró para mí aquí en el salón, trabajando allí, su nombre es XXX. Yo entré por una enfermedad que yo tenía aguda y que a ver si no era una enfermedad venérea o algo. Entonces, gracias a Dios no. Pero yo estaba con el doctor y me estaba checando y ella entraba y salía, entraba y salía del área donde me estaban checando. Entonces yo me levanté y le dije – Hey momento, eso no se puede...Esta niña resulta... si alguien se hace una prueba con ella, y resulta positiva, todo el mundo lo sabe en Escuintla. Ella lo riega, no hay privacidad. Y todas nosotras, las chicas Trans, lo sabemos y por eso casi no vamos al hospital. ¿Por qué? Por lo mismo. Está esa niña allí en Barcelona, por eso todo el mundo no va.”(ET38)

Por otro lado, la creación de espacios seguros, que sean conducentes a la comodidad y la confianza, promueven que las personas asuman rutinas saludables y visiten las instituciones de salud con cierta periodicidad. Las diferencias en este aspecto se basan no solamente en la sensibilización de personal, sino también en entrenamientos específicos que permitan servir de mejor manera a poblaciones vulnerables.

“Sí, yo me imagino que por la experiencia que llevan ahí, ya saben tratar con la gente. Como que todo el proceso es lo que tratan de hacer, hacerte sentir cómodo. Porque en sí es un proceso que estresa o te tiene tenso. Entonces como que en todo el proceso, cada persona con la que tratas, trata de ser lo más amigable y receptiva posible.” GTH06

Aparentemente uno de los factores que pueden hacer la diferencia en cuanto al trato recibido es la percepción que tenga el personal de salud en cuanto a la posición social de quien visita la institución. El fragmento que se presenta a continuación muestra cómo el pertenecer a determinados grupos puede hacer la diferencia en el trato recibido.

“Los servicios de Guatemala son fatales, entonces saben que yo soy activista, que yo soy defensor de DDHH que yo soy de esto y lo otro, entonces yo llego al servicio de salud y ellos creen que yo llego a controlarles o a supervisarles el trabajo. No, yo llego porque tengo alguna necesidad

entonces, cuando llego, dicen "a este morenito, pásenlo antes porque nos va a fregar". Entonces yo tengo la dicha de pasar rápido, porque yo no llegué a fiscalizar, ni a supervisar, sino porque tengo un problema, como cualquier persona, pero sin embargo el ser *shute* o estar involucrado en el sistema, me ha abierto puertas y las he sabido aprovechar." GTH02

También resulta fundamental en este proceso el empoderamiento de la persona que está buscando los servicios de salud. El saber cómo manejar el sistema, conocer sus derechos y la posibilidad de hablar abiertamente sobre la condición de salud, puede evitar situaciones de discriminación y permitir a los buscadores de servicios abogar por sí mismos y exigir un trato igualitario. Los siguientes fragmentos ilustran cómo esto se vive en la cotidianidad.

"Pero yo, como sé mis derechos, me peleé con el doctor que me trató mal. Ahora no me puede ni ver. Porque fue cuando mi carga viral se me subió, los 47 mil. "Sí", me dijo, "estás cogiendo sin condón y que no te estás tomando las pastillas...". "¿Cómo sabe usted que estoy cogiendo sin condón?", le dije, "eso no le interesa a usted, usted me tiene que atender a mí, no estarme preguntando si tengo sexo con quien a mí se me dé la gana. Y sé cómo protegerme", le dije. Y la pelea ahí comenzó. "Sí, pero también como la carga es..." me dijo la palabrota. "Mire abusivo", le dije. De ahí comencé a pelear con él. Y viera a qué me atenía. Y ahora es otro el que me atiende ahí. Ya este otro es bien amable, me dice "¿cómo vamos?", "¿qué estás haciendo?", "¿te estás cuidando?", "¿usas condón?". Todo eso me lo dice. Y eso es lo que me agrada." GT09

Las experiencias positivas en las instituciones de salud parecen estar relacionadas con la percepción de ser aceptadas/os y poder establecer relaciones de confianza. En este sentido, mostrar un interés genuino por el paciente puede hacer la diferencia.

"Porque nomás vieron que llegué, me trataron bien, me entraron, me dijeron que cómo me sentía en mi sexo. Me hicieron un montón de preguntas, verdad y, me sentí bien, me sentí cómodo. Aja. Prácticamente no [hay discriminación en los hospitales] porque bueno, cuando hemos ido, nos han atendido bien a pesar de que me han visto a mí con mi hermana, y nos han atendido bien." ET42

"Sí. Por el trabajo nosotros nos relacionábamos mucho. Y hay una enfermera que era un amor de gente con nosotros. Entonces me gusta el ser atendido por ellos." GTH13

Factores estructurales, acceso y preferencias

Además de las percepciones en cuanto al trato, que tienen una base subjetiva, existen características del sistema de salud que limitan el acceso a los servicios, no sólo por su accesibilidad sino por su funcionamiento mismo. La **insuficiencia de servicios y la poca pertinencia de los mismos** constituyen un factor que desalienta la búsqueda de servicios o incluso los niega para determinados segmentos de la población. Los siguientes fragmentos muestran la complejidad del tema.

"Mire, en primer lugar, los servicios que he monitoreado es la infraestructura. Una infraestructura bastante pequeña para la magnitud de usuarios que hay. Ahorita le contaba la dinámica, por ejemplo, de acá de la unidad integral, que es el servicio que más monitoreamos y la unidad de atención diferenciada. Ya hay mucha población, entonces como que la infraestructura se va quedando pequeña. A pesar de que hay más médicos, pero también el que alguien llegue con una

infección oportunista le quita mucho más tiempo. Hay personas que llegan desde tempranito, desde las siete de la mañana, y tiene que salir hasta tres de la tarde.” EH28

“Es bien difícil también en el sistema médico, en el servicio médico porque aquí es tan deficiente, tan dejemos lo deficiente y la falta de sentido humano y común que puedan tener. Si no que también, yo llego y mi pareja no puede estar conmigo dentro de (la sala) si es una emergencia.” GTT05

Barreras: tiempo de espera

Uno de los factores estructurales que tienen mayor incidencia sobre el uso de servicios de salud es el tiempo que toma acceder a estos servicios. En el grupo de participantes como un todo se observa una opinión dividida en cuanto a la importancia del tiempo de espera en las instituciones que les proveen servicios de salud. Esta división se da también al comparar por grupos y regiones. Es decir que, en la mitad de los casos, se percibe la espera en las instituciones como una pérdida de tiempo, mientras que para otros la espera no es relevante a la hora de decidir acudir para recibir algún servicio de salud. Esto último tiene que ver con una motivación intrínseca de mantener o mejorar la salud, más que con algo propio del sistema.

“No, ahí, en ese rollo, en ese proceso sí tengo toda la paciencia porque es por mi salud, puedo pasar si es posible todo el día porque es para mi bien.” GTT19

Es importante recalcar que la experiencia de espera puede estar influida por el tipo de servicio que se está buscando y la disponibilidad de los mismos en cada contexto. Estos factores también se intersectan con dificultades económicas asociadas a la búsqueda de atención en salud. Los fragmentos a continuación muestran la multiplicidad de experiencias en este sentido.

“Como siempre llegan bastantes personas, a veces dan hasta 60 números. Y si uno llega temprano, uno tiene un número más bajo. Pero si llego temprano, y soy el número 10 o 14, a las 5 y media ya estoy ahí para que me atiendan a las 8.” GTH15

“Eh... como le vuelvo a repetir seño. Que conforme uno vaya llegando a la clínica a entregar el carné, entonces así uno va saliendo. Póngase que si uno llega ya demasiado tarde, entonces así sale uno tarde también. Ajá, porque tiene que esperar. Supóngase que si pasa él y que llegan unas 10. A las 10 personas yo llego y ya tengo mi carné y ya han pasado las 10 personas, tengo que pasar yo porque... porque conforme uno vaya llegando le van recibiendo el carné.... He llegado a las 7 de la mañana he llegado. Entonces, veces que la doctora Méndez tiene reunión. Salimos luego, porque hay veces que entonces ella solo sale y nos habla y nos dice "bueno", dice que dice, "fíjese que hoy sí me van a disculpar porque tengo que ir a una reunión o que tengo que hacer cualquier cosa", ¿va? Entonces "hoy solo se les va a dar medicamento pero tal vez la otra vez ya los atiendo". Pero mientras ella está sí siempre nos hace chequeo.” ET27

“Si afecta porque siento a veces hay pacientes que se quedan platicando con el doctor y ya a veces que ni sentido tiene que ver. Y a mí de mi parte si me desespera estar esperando, estar escuchando gritos de niños, no se apuran, o a veces porque se van a almorzar y no se toman el tiempo que les dan, sino que se pasan, y como les da igual que uno esperando, entonces yo siento que sí.” ET29

“Porque para empezar, se supone que son obras sociales, ¿no? Y para empezar me cobraron Q85 por una consulta, fue perfecto, ¡yo me iba muriendo! Pero yo lo que quería era que me atendieran y me tuvieron una hora sentada en la banca. Me dejó un jarabe que valía Q350, una inyección que me salió en Q125 ahí y unas pastillas que me valían Q150 las tres pastillas un antibiótico - azitromicina-, Q155 o Q160, creo yo, la caja de tres pastillas, cuando en realidad una de dipirona te vale Q10, ¿me entendés? Entonces yo salí decepcionada de ahí. Y desde ahí... ya no me volvía a meter en nada.” GTT18

Barrera: pertinencia en los servicios

La pertinencia de los servicios de salud también es un factor de importancia para determinar la preferencia de los mismos. Tanto la población Trans como la HSH tienen necesidades de salud específicas para las que el personal de salud puede no tener la capacitación adecuada. Esto puede significar un deterioro en la salud de las y los pacientes que se deriva de esta falta de conocimiento. Los siguientes fragmentos muestran cómo se percibe la falta de pertinencia en los servicios de salud y su impacto, así como las complejidades que surgen a raíz del estigma asociado a su orientación sexual o identidad de género.

“Bueno pues, digamos que un chico gay no tiene las mismas necesidades que una chava trans, por ejemplo, que si tiene algún dolor pues no... o necesitan algún tratamiento de hormonas, entonces ver a quién poderla referir. Si en dado caso, no se tiene al especialista, o el endocrinólogo ahí, poder decirle: Mirá, aquí no te podemos ofrecer el servicio, pero te podemos referir a otro, a otra persona. Pero, llegan chavas trans, y las atienden de la misma manera y es lo que siento que no está bien pues porque no es lo mismo, las chavas trans quiera que no, siempre tienen otras necesidades; igual que los chavos gay.

Las anoscopías [son un ejemplo de las necesidades diferenciadas de salud], porque esas no las hacen, es muy difícil que te las hagan. Sí, te las hacen... por ejemplo, en el centro de salud de la zona 3 las hacían, pero ya no las hacen. Entonces como que, igual las chavas lesbianas necesitan ir con un ginecólogo especialista, y la verdad no se tiene. Por eso la mayoría de personas LGBTI no acude al médico, y si acude es así como que por otras dolencias, no específicamente por algún problema que tengan, como enfermedad, o VIH.

Pues no, o sea, creo que las que más necesitan atención diferenciada son las chavas Trans. Quiera que no, uno como hombre, lo examinan y está bien pues, pero creo que las chavas son las que necesitan porque como ellas se inyectan cualquier cosa, o toman cualquier cosa; y la mayoría de centros hospitalarios no tienen así como la sensibilidad de tratar a las personas por su orientación, sino la llaman por su... digamos que yo voy como Lupita, y me llaman como Juanito, es como que me siento incómodo. Entonces, eso es lo que te digo que es atención diferenciada, que te traten como vos te sintás mejor, o que el servicio sea amigable para que vos te podas sentir bien y poder extenderte, y decir esto es lo que necesito, esto es lo que a mí me pasa. En el centro de salud no podés decir eso, porque solo vas al centro de salud y decís que sos gay, "ah necesita la prueba del VIH", no puedo ir simple y sencillamente porque me duele el estómago o porque tengo fiebre, no, o sea, vas al hospital porque tenés VIH.

Entonces, por ahí se tiene que empezar, a quitar el estigma, la discriminación, los prejuicios, porque sí, o sea, vas ardiendo en calentura y lo primero que te dicen, "no, de plano es que tiene VIH, o de plano, es porque tiene alguna ITS". O sea, ni siquiera se molestan en escucharte, sino que solo por el simple hecho de verte te dicen, "ah tenes esto". Entonces, por eso la mayoría de

la comunidad trans no acude al médico verdad, porque no se sienten cómodas; las fuerzan a hacer cosas que ellas no necesitan. Necesitan condones, se tienen que hacer la prueba, si no, no se los dan. Entonces, prácticamente te están condicionando la salud en un centro de salud, entonces ¿en qué estamos?” GTH11

Más allá de una visión paliativa

Asimismo, existe una conciencia de que los servicios de salud deben ir más allá de acciones paliativas si quieren constituirse en rutinas saludables que ayuden a mantener una mejor calidad de vida.

“Porque tiene que ser integral, o sea, llegar, tu diagnóstico, remiten, te dan tu medicamento, tiene que haber charla pre, post. Creo que toda persona que remiten ahí tiene que pasar nutricionista, no solo que tú lo vas a pedir; yo creo que debería ser integral. No ofrecerlo, darlo. Tú llegas, tu diagnóstico, bueno una pre, una post, ya pasas con el nutricionista para ver cómo está tu peso y tu salud, pasas con psicología, bienestar social. Sí lo dan, pero tienes que pedirlo. O sea, no tendrías que pedirlo, eso debería ser un paquete que tienen que dar.” GTT16

En cuanto a la relación con los proveedores de salud propiamente, se observa una tendencia a considerar los servicios proveídos por oenegés como más pertinentes y comprensivos.

“Como ya tengo conocimiento de las instituciones donde puedo yo hablar abiertamente del tema. O sea, ya sé identificar los lugares donde puedo tener una atención de mejor calidad para mi orientación, entonces prefiero ir con ellos.” GTH12

Confidencialidad y discriminación

Aunque se ve una tendencia dividida en cuanto al trato en centros públicos de salud, se observa que la mala percepción de los mismos radica en la falta de confidencialidad y la discriminación prevalente en estos centros. Asimismo, se menciona la falta de empatía por parte del personal, la no asignación de turnos y mal servicio en general. La imposición de los valores de los proveedores de salud por encima de su práctica profesional puede constituirse en tratos diferenciales hacia personas Trans y HSH.

“Pues el centro de salud casi siempre lo he visitado. Tal vez no...(brevísima pausa) eh.. bueno, del personal venía el doctor que estaba anteriormente. El doctor era... evangélico y como que era un poquito homofóbico. Y le decía a uno que si estábamos seguros de lo que éramos, que eso era pecado. Cosas así.

Con el antiguo doctor sí había muchas quejas porque la comunidad no se acercaba. O sea, no éramos solo nosotros. Sino... bueno, sí éramos nosotros pero era... todos teníamos...Mjm. O sea, yo sí estuve un buen tiempo en no hacerme pruebas. De allí cuando yo empecé a trabajar en IDEI, por lo general, tengo muchos contactos que actualmente me llaman para hacer pruebas. Pero como ya no trabajo en eso normalmente refiero al centro de salud o con mis compañeros que aún siguen trabajando allá.” GTH13

En este rubro vale la pena mencionar que un subgrupo de participantes reporta haber recibido un excelente servicio, tanto en hospitales públicos como en el IGSS, debido a su posición como activistas. No se encontraron diferencias importantes por grupo o región, lo que indica que las dificultades encontradas por las y los participantes en instituciones de salud son una experiencia común que trascienden variaciones locales o relacionadas con el nivel de atención al que se acceda. El siguiente fragmento ilustra algunos de los problemas que se encuentran comúnmente en instituciones públicas.

“En la Unidad de Atención Integral en el Hospital General. Desgraciadamente, lo puedo decir así, existen personas transfóbicas. Bueno no sé cómo podemos llamarle. Porque hay personas que les llaman ser profesionales por un título pero yo pienso que ser profesionales no me va a ameritar un título sino que eso viene de ciertos estatutos que le forman en los hogares. Pero total no estoy para señalar a la persona. Pero sí lamentablemente fue por una psicóloga que se ve que es muy transfóbica verdad, entonces lastimosamente por momentos en que es muy grosera, es muy pedante, es muy hipócrita. Se siente.” ET47

“Una vez en el centro de salud. Fue una señorita que me tachó y se me quedó viendo como ¿y este qué? pero esa vez se puso hasta doble guante, y me dijo, siéntese ahí, y vine yo y me senté, y así a lo lejos me puso las inyecciones.” ET32

A pesar de que las ONGs y hospitales ofrecen servicios gratuitos, en el caso de las pocas personas de este grupo que pueden pagar servicios privados, se percibe una mejor atención que en los servicios públicos. Tanto por el trato como por la rapidez y la calidad de los servicios.

“La experiencia en el centro de salud si no fue muy buena, porque te digo, o sea, fui porque me quedaba más cerca, me quedaba a la mano, pero sí digo, si yo no hubiera tenido ese seguro, ¿qué hubiera hecho? Porque de verdad me sentía muy mal. Y me dice mi mamá: Si querés te llamo a los bomberos. Entonces, imagínate que los bomberos te digan eso, que no te pueden llevar porque realmente no te van a atender, vos decís, en mi caso qué bueno que tengo ese seguro. Porque igual, tengo IGSS del trabajo. Pero aparte el seguro que yo pago, que es el que te sugiere el colegio. Pero en el IGSS siempre te dicen que no hay medicina, por eso te digo que no fui al IGSS tampoco, porque nunca te atienden, y son horas para que te atiendan. Y no te atienden si no llevas el hueso de fuera, o vas con algo ensartado, no. Entonces, preferí mejor ir al seguro, porque creo que los servicios privados están un poco mejor capacitados, obviamente mejor abastecidos para atendernos, porque los hospitales públicos, ya me di cuenta, o los centros de salud. (...) ahí es donde me puse a pensar, ¿qué hace la misma comunidad?, que realmente tal vez no tiene la suficiente solvencia económica para pagarse un médico particular, ¿qué hace la mayoría de gente que no cuenta con recursos para poder comprar una medicina? Porque las medicinas ahora no son de Q50, son de Q400, y son dos o tres pastillas. O sea, la gente literalmente se está muriendo, porque realmente no las atienden. Imagínate, las personas heterosexuales, la gente gay que es más discriminada, la gente trans imagínate, llega una trans y ahí se muere, se muere literalmente porque no tiene la solvencia, o no se le ocurre ir a un médico particular por el miedo a ser discriminada, o por el miedo a que no la atiendan.” GTH11

“Solo, eh, ah es que es bien difícil también en el sistema médico, en el servicio médico porque aquí es tan deficiente, tan dejemos lo deficiente y la falta de sentido humano y común que puedan tener. Si no que también, yo llego y mi pareja no puede estar conmigo dentro de (la sala) si es una emergencia. De una clínica privada no te ponen obstáculos, pero dentro de lo público, o sea si vas, tu familia tiene que entrar contigo. ¿Y si tú familia vive lejos? Y tu único apoyo es tu pareja. Entonces, es un arma de doble filo.” GTH04

Las dificultades percibidas en el acceso a servicios de salud tienen un impacto que va más allá de las interacciones incómodas por las que tienen que pasar las personas HSH o Trans. Para la mayoría de participantes de este estudio, las dificultades por las que atraviesan constituyen un factor lo suficientemente importante como para dejar de asistir a estas instituciones. Debido a que en muchos

casos estas instituciones son la única fuente de servicios accesibles, dejar de asistir a estos lugares puede significar dejar de recibir servicios de salud por completo. El siguiente fragmento responde a la pregunta “Si tuvieras una emergencia de salud, ¿qué harías?”, y muestra cómo los malos tratos en los servicios de salud pueden tener consecuencias a largo plazo.

“Hacerle huevos y llamar a mi familia porque no me queda de otra, no iría al centro de salud o a algún otro lugar, pues porque sé que me van a tratar mal, entonces si fuera un problema de salud fuerte, fuerte, tal vez si le hablara a mi familia.” GTT24

8.8 Vulnerabilidad Percibida y Redes de Apoyo Social (Cuestionarios Adicionales)

Los estresores específicos por minoría sexual se constituyen en factores de riesgo asociados tanto a la salud física como a la salud mental. Con el fin de determinar qué tipo de estresores son los más comunes que afectan a la población HSH y transgénero en Guatemala y Escuintla, se utilizó el cuestionario “Measure of Gay-related Stress MOGS (Lewis et al., 2002). Éste contiene 67 preguntas que se agrupan en 10 factores de estrés: 1) Reacción de la familia, 2) Reacciones familiares hacia la pareja, 3) Visibilidad con familia y amigos, 4) Visibilidad en el trabajo y ámbito público, 5) Violencia y acoso, 6) Incomprensión, 7) Discriminación laboral, 8) Discriminación general, 9) VIH/Sida, 10) Conflicto con la orientación sexual. Para esta investigación el MOGS se tradujo de su versión original en inglés. Además de los índices que contenía la escala inicialmente, se incluyeron preguntas relacionadas con potenciales estresores durante búsqueda de servicios de salud. En este estudio, se evaluó la consistencia interna de cada una de las subescalas. El alfa de Cronbach indicó una adecuada consistencia interna (de 0.602 a 0.891). En el MOGS, a los participantes se les presenta una lista de estresores, y se les pide que seleccionen aquellos que han ocurrido para ellos en el pasado año. A continuación, se pide a los participantes que califiquen los ítems aprobados en una escala 0-3, donde 0 es "No ha sucedido", 1 es "un poco estresante", 2 es "moderadamente estresante", y 3 es "extremadamente estresante". Para cada una de las 10 subescalas, una puntuación de gravedad se calcula con el promedio de los ítems aprobados. En este sentido, entre 0 y 1 se considera levemente estresante, entre 1 y 2 se considera moderadamente estresante, y entre 2 y 3 se considera extremadamente estresante. A continuación, se presentan los resultados del cuestionario MOGS por sub-escala. Se describen cada una de las escalas por separado y se agrupan en función de las similitudes entre las mismas (Ver Tabla 8.9.a y Tabla 8.9.b).

Tabla 8.9.a. Resultados del Cuestionario MOGS por escala para población HSH y Transexual

Escala	HSH			Mujer Trans			Total		
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar
Reacción de la familia	.7111	20	.61643	1.0926	24	.91781	.9192	44	.80956
Reacción de la familia ante la pareja	.5263	19	.65089	1.2500	24	1.13039	.9302	43	1.00674
Visibilidad con familia y amigos	.8647	19	.81854	1.0278	24	.81600			
Visibilidad en el trabajo y en público	.8000	20	.79766	.9792	24	.61643			
Violencia y acoso	1.0857	20	.85639	1.8155	24	.87302	1.4838	44	.93104
Falta de comprensión e información	1.7368	19	.93346	1.7778	24	.79653	1.7597	43	.84929
Discriminación laboral	.8929	20	.77123	1.3478	23	.80447	1.1362	43	.81289
Discriminación general	.6000	20	.86247	1.1250	24	.99181	.8864	44	.96165
VIH / SIDA	1.1429	18	.53676	1.3631	24	.71239	1.2687	42	.64524
Conflictos de orientación sexual	.5263	19	.53938	.7188	24	.58194	.6337	43	.56523
Búsqueda de servicios de salud	.8469	19	.40208	1.4298	22	.77606	1.1596	41	.68959

Tabla 8.9.b. Resultados del Cuestionario MOGS por escala por región

Escala	Guatemala			Escuintla			Total		
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar
Reacción de la familia	1.1111	21	.97816	.7440	23	.58645	.9192	44	.80956
Reacción de la familia ante la pareja	.8730	21	1.06706	.9848	22	.96761	.9302	43	1.00674
Visibilidad con familia y amigos HSH	.6607	8	.72818	1.0130	11	.88168	.8647	19	.81854
Visibilidad con familia y amigos Mujeres trans	1.1944	12	.96879	.8611	12	.62697	1.0278	24	.81600
Visibilidad en el trabajo y en público HSH	.4259	9	.30174	1.1061	11	.95240	.8000	20	.79766
Visibilidad con familia y amigos Mujeres trans	.9583	12	.62915	1.0000	12	.63066	.9792	24	.61643
Violencia y acoso	1.6463	21	.89627	1.3354	23	.95697	1.4838	44	.93104
Falta de comprensión e información	1.8571	21	.79282	1.6667	22	.90851	1.7597	43	.84929
Discriminación laboral	1.2993	21	.92792	.9805	22	.67049	1.1362	43	.81289
Discriminación general	1.1111	21	.99629	.6812	23	.90162	.8864	44	.96165
VIH / SIDA	1.3605	21	.65093	1.1769	21	.64191	1.2687	42	.64524
Conflictos de orientación sexual	.6071	21	.58401	.6591	22	.55926	.6337	43	.56523
Búsqueda de servicios de salud	1.1045	20	.67984	1.2121	21	.71138	1.1596	41	.68959

En la escala de visibilidad con la familia y amigos, que se refiere a mantener en secreto la orientación sexual y las consecuencias de la revelación, incluyendo la posibilidad de rechazo o pérdida de amistades, se observa un nivel de estrés leve global. Entre los factores de estrés relacionados con la familia, se considera que esta visibilización puede ser uno de los eventos más difíciles para una persona. Las reacciones familiares positivas pueden facilitar el proceso de desarrollo de identidad y ser factores de protección en el proceso, mientras las negativas pueden tener consecuencias devastadoras para la juventud de las minorías sexuales, incluyendo el abuso físico y la expulsión de sus hogares. A pesar de que existen casos en la muestra que ejemplifican una reacción positiva, el fragmento que se muestra a continuación muestra cómo estas reacciones tienden a ser excepciones.

"No, pues hicieron lo más que ellos pudieron en su entendimiento. Aunque todos los días hablaban conmigo, pero no. Yo creo que la labor como padres fue muy buena, como te digo no reaccionaron de mala manera, no fueron violentos, como la mayoría de padres que he escuchado, que uno dice púchica entonces sí corrí con suerte, porque la mayoría sí tienen historias bien fuertes, bien fuertes, pero ese no fue mi caso." GTH11, 29 años, mestizo

Se ha estimado que un tercio de los jóvenes que revelaron su orientación sexual a los padres experimentan abuso verbal y diez por ciento abuso físico (D'Augelli, Hershberger, & Pilkington, 1998). El riesgo de tener una reacción familiar negativa puede ser particularmente alta entre las familias con valores tradicionales (Newman & Muzzonigro, 1993) y los efectos de esta reacción tienen un impacto de largo plazo ya que, por ejemplo, la expulsión del hogar puede aumentar significativamente la vulnerabilidad económica, social y física. Los siguientes ejemplos de jóvenes que hablaron con su familia sobre su orientación muestran cómo la reacción negativa de la familia orilla a un joven a ejercer trabajo sexual y les pone en situaciones de riesgo.

"Estuve cuatro días [viviendo con un amigo]. Los primeros dos días tranquilos, el tercer día me dijo: mira chula tenés que empezar a trabajar. Vaya, le digo, pero igual te ayudo con el quehacer de la casa. Vamos a platicar mañana, me dijo. Y cabal al día siguiente solo me dijo mirá te bañás, te arreglás, te compré esto porque en la noche vamos a salir. Bueno, vamos a ir a una disco, dije yo. Me recuerdo que me dijo: bueno chava, te vas a parar aquí. Y yo: ¿cómo así? Me dijo: vos sabes muy bien que el muerto y el arrimado a los tres días hiede. En esta casa todos aportamos. Y solo por tu linda cara no se dan las cosas. Me dijo: te vas a parar aquí, por un oral tanto, sexo sin protección tanto y sexo con protección tanto. Y yo me quedé así como: ¿es en serio? Me dijo:

te quedas aquí y yo te voy a estar viendo desde allá. Y solo me senté en la orilla de la banqueta y me puse a llorar." GTH03, 21 años, ladino

Muchos de mis amigos han muerto por esa situación. Porque los padres los echan de la casa, ellos se tiran al abandono y ellos hacen lo que quieren en la calle. Yo me prostituí para comer, mi padre me echó de mi casa, agarré la droga. Un drogadicto y, a través de eso, yo empecé a sentir que... Entre la droga, el enemigo me tocaba. Yo empecé hacer cosas que no eran, por eso yo sé hacer muchas cosas sobrenaturales, también. Y eso a lo que yo he estado trabajando también. EH26, 42 años, mestizo

En cuanto a la visibilidad de la familia, pueden verse diferencias significativas entre HSH y mujeres Trans, ya que para estas últimas, el estrés que se genera a partir de la reacción de la familia es moderado, en comparación con estrés leve en el caso de HSH. Esta diferencia existe también entre regiones, pues se observa estrés moderado en esta escala para los participantes HSH de Escuintla, mientras que las participantes Trans reportan un nivel de estrés leve. En la capital, se observa el fenómeno inverso. La visibilidad genera estrés moderado a la población transgénero, mientras que la población HSH reporta niveles de estrés leves. La vivencia de estrés a raíz de la visibilidad familiar en la población entrevistada puede verse a través del siguiente fragmento:

"La verdad que, a mi papá y a mi mamá no les tenía la confianza, decirles ahh fijate que soy del closet. Yo sentí que mi papá me pegaba más fuerte que mi mamá. Mi mamá de una vez era brusca para pegarme. Y un día cuando tenía, casi cumpliendo los siete años, mi papá un día me llamó, me sentó en la cama y me preguntó mira, tú eres morro, coto o qué, me decía. Decime la verdad decía mi papá. Yo tenía pavor decirle a mi papá, sí soy gay, soy homosexual. Quiero gritarle a los cuatro vientos, peeeero sentía cuando. Eso fue cuando me comencé a enfermar de los nervios." GTT14, 32 años, mestiza

Como se ve en el fragmento anterior, la escala de reacción familiar está asociada a la de visibilidad con la familia y amigos, y está asociada con el miedo al rechazo familiar, falta de comprensión por parte de la familia sobre la orientación y/o la identidad, distanciamiento debido a lo anterior y falta de apoyo familiar. En este caso se observa una diferencia entre la población transgénero, que presenta niveles más altos de estrés en esta escala que la población HSH. Esta diferencia es estadísticamente significativa. La comparación entre regiones revela que los niveles de estrés son moderados para las personas en la Ciudad de Guatemala, y leves para las personas de Escuintla. Esta diferencia puede deberse a que la composición de las familias en ambas ciudades pueda promover la unidad familiar en formas distintas. En los siguientes fragmentos pueden observarse tres casos diferentes sobre cómo se vive el estrés relacionado con la visibilidad y reacciones familiares. En el primer caso se observa apoyo familiar mientras los siguientes muestran falta del mismo, el cual ha redundado en ocultamiento de la orientación o identidad o en el alejamiento de la familia.

"Yo no he tenido en ningún punto de mi vida que alguien venga y me diga "hey mirá, maricón, quitate de ahí". Jamás. Me siento apoyado. Sé que mi mamá está conmigo..." GTH10, 21 años, mestizo

"En mi casa, digamos que tengo que vivir como tener dos apariencias. Al estar allá nada de modos, nada de bromas, full machito. Mientras que cuando salgo puedo hacer bromas, sale más de alguna mueca o un gesto, así va. Cuando estoy en mi casa tengo que pensar y repensar a la hora de bromear. " GTH03, 21 años, ladino

"Pues llega un momento que dije, tengo una opción. Si mi familia no me acepta no me importa, o sea que es mi vida y no la vida de ellos, ya que ellos vivieron la suya yo puedo vivir la mía como sea. Y a pesar de que me iba a doler porque es mi familia, me salí de mi casa por mi género" GTT08, 18 años, mestiza

Una vez llegué a mi casa con mi madre, ella me encerró (risas). Me encerró en el cuarto y me dice: "Mira, quiero hablar con vos". Y le digo: "Está bien, platiquemos a ver qué es". "Según me han dicho, que tú sí te gustan los hombres y que has estado con muchos hombres". Y me le quedo viendo va, fijamente y le dije: "Mamá", le dije, "usted ya lo sabía, ¿por qué ahora me sale con eso?". "No, yo no lo sabía". "Ya lo sabía", le dije yo. "¿Por qué? Usted claro me decía que dejara de hacer los mates, que puro huequito me miraba... Entonces, ¿por qué es que usted ahora me pregunta? Sí mamá, soy gay. Ahora usted, si quiere, me puede echar de la casa.... O me deja, usted sabrá que hacer conmigo. Pero la verdad es esa, soy gay". EH26, 42 años, mestizo

En el caso de la reacción por parte de la familia hacia la pareja se observa una diferencia importante entre la población transgénero que presenta estrés moderado, y la población HSH que presenta un nivel de estrés leve en este sentido. En esta escala se toman en cuenta diversas situaciones como presentar a la pareja a la familia, la tensión asociada a tener a la pareja y la familia en el mismo lugar y, la negativa por parte de la familia a aceptar a la pareja. El siguiente fragmento muestra cómo, además de rechazo abierto, la reacción por parte de la familia hacia la pareja puede basarse en la negación de la relación. Las familias no hablan abiertamente del tema y las diferencias en orientación sexual o identidad de género tienden a manejarse como secretos a voces. En esta escala, no se observan diferencias entre las regiones.

"... no lo saben solo por el hecho de que yo no se los he dicho abiertamente, porque en realidad, yo estoy seguro de que ellos sí lo saben. Por ejemplo, con mi exnovio, yo pasaba como dos días que me iba a su casa y me quedaba a dormir allá, o igual dos días a la semana, él se quedaba en mi casa. Cuando recién salía con él, era como, "¿con quién vas a salir?, con un amigo". Y de pronto les dije el nombre, solo salí con él, solo salí con él..."Pero como que no es normal que salgas tan seguido y que estés tanto tiempo con una persona. Entonces por sentido común, yo solo sé que ellos saben..." GTH07, 20 años, ladino

En la escala de visibilidad en el trabajo y en público, tampoco se observan diferencias significativas al comparar HSH y transgénero. En ambos grupos se reporta un nivel bajo de estrés asociado. Sin embargo, aquí también existe una diferencia estadísticamente significativa entre las personas de Guatemala y Escuintla. Se observan niveles más altos de estrés en HSH de Escuintla y de Guatemala, mientras que no existen diferencias significativas en la población transgénero de Escuintla y de la Ciudad de Guatemala. Esto puede relacionarse con el hecho de que los HSH se sienten menos seguros de expresar su orientación sexual frente a otros. La revelación de la orientación sexual suele hacerse de forma muy calculada y monitoreada en distintos entornos, por lo que algunas esferas sociales tienden a ser menos seguras para la expresión de la orientación sexual. La decisión del nivel de revelación apropiado se da en función de factores ambientales y de las reacciones potenciales de otros es un proceso continuo, y un estrés en la vida de las personas que puede estar correlacionado con una identidad negativa y problemas de salud mental (Lasser & Tharinger, 2003). En el caso de la población transgénero, esta posibilidad de revelación diferenciada no es una opción, puesto que sus cambios de apariencia no les permiten la gradualidad en la revelación, como sí es el caso de la población HSH.

En cuanto a las escalas de discriminación y discriminación laboral, se observa que en ambos casos la población trans reporta mayores niveles de estrés (moderado en ambos casos) que la población HSH (leve en ambos casos). Resulta interesante, sin embargo, que al hacer la comparación en las dos regiones, las respuestas de las personas ubicadas en la Ciudad de Guatemala les ubican en un nivel de estrés moderado,

versus los participantes en Escuintla que reportan niveles de estrés leves asociados a discriminación en servicios sociales, financieros y de salud. Asimismo, en términos de la discriminación laboral, asociada a la pérdida de trabajo por la orientación sexual o identidad de género, el acoso potencial y trabajar en un ambiente homofóbico o transfóbico, es mayor en la Ciudad de Guatemala.

"Por mi orientación que soy obvio, no me dan trabajo en cualquier lugar. En una maquiladora es fácil. En las maquiladoras le dan a uno trabajo porque dicen que los homosexuales somos creativos, los homosexuales somos pilas para coser. Esa ahí rápido te dan. Pero vas a un restaurante, como así, como ando yo ahorita vestido, rápido me discriminan, me dicen no, ¿por qué no? O si no te dicen "¿usted es homosexual?", te pregunta, "¿va a alguna institución del estado que lo atiendan por alguna enfermedad?". Tengo que decir que sí... Por ser VIH, por ser de la diversidad sexual. A mí ya me pasó varias veces. Entonces ahorita tengo, desde que me salí de Oasis no puedo conseguir un trabajo. Ya no me afecta que me digan que no porque ya lo sé."
GTH09, 47 años, ladino

En el caso de las mujeres Trans, se observa la necesidad de negar su identidad de género con el fin de poder acceder a trabajos en el sector formal. El siguiente fragmento muestra cómo se vive esta experiencia de trabajar en ambientes transfóbicos y cómo la experiencia puede afectar el desarrollo dentro del puesto de trabajo.

"Pues, si fuese un trabajo formal creo que si porque no, van dos veces que me corto el pelo de machito, y si te comentan. Me costó mucho conseguir trabajo y si conseguía solo un tiempo, después ya, tal vez, entraba de (Min 1:04:49 Inaudible) a las dos semanas o al mes empezaban, me echaban porque sí. Ya me sentía como incómoda que hicieran comentarios y los tenía que aguantar, porque no. No me concentraba en lo que hacía y regresaba a lo mismo, trabajo sexual." GTT22,31 años, mestiza

"Me ves arreglada, maquillada, pero nadie sabe lo que uno pasa, la vulnerabilidad que uno siente, el no tener un trabajo, no tener nada y tener que pagar renta y tener que vivir diario, tener que pagar todo y no tener acceso a un trabajo digno." GTT16, 44 años, mestiza

En esta escala resulta importante mencionar que muchas de las personas entrevistadas trabajan en ONGS a favor de la población LGBT, son voluntarios o estudiantes. Por lo tanto, en estos espacios no existe discriminación laboral. Tampoco se observa discriminación laboral en personas que trabajan en empresas familiares. En este sentido, puede verse que los empleos ideales para estas personas están en ámbitos muy específicos o privados en los cuales la posibilidad de discriminación es más baja. Un claro ejemplo son los salones de belleza, en donde la mayoría de personas que trabajan son mujeres trans o HSH, lo que reduce la transfobia y la discriminación.

La falta de comprensión se reporta en la muestra general como una fuente de estrés moderado. En el caso de las mujeres Trans, se observa un mayor nivel de estrés asociado a la inexistencia de garantías constitucionales por orientación o identidad sexual. Un claro ejemplo de esto es la falta de documentos legales que reflejen adecuadamente su identidad de género o la expectativa de no ser tratadas de acuerdo a su género. Las normas legales de identidad repercuten directamente en su vulnerabilidad ante los proveedores de servicios (Bockting & Keatley, 2011). El siguiente fragmento muestra algunas de las dificultades con las que pueden encontrarse personas HSH y Trans ante un sistema de justicia que no toma en cuenta sus necesidades o que limita las posibilidades de acceso a servicios de salud, como lo es la falta de acceso a un seguro médico.

"Hay beneficios o hay situaciones en las que uno quisiera tener los mismos derechos que una pareja heterosexual dadas las circunstancias que puedan haber. Por ejemplo, seguros médicos. Eh, afiliaciones. Entonces no, como las leyes no lo tienen estipulado y no lo tienen permitido muchas veces se nos cierra. Se nos pone altos, por ejemplo. Y no gozamos de esos beneficios cívico, políticos..." GTH04, 27 años, ladino

Ambos grupos refieren un nivel de estrés moderado que les genera la ignorancia en sus redes sobre su orientación e identidad sexual y la falta de aceptación por esta causa. En este aspecto, no se encuentran diferencias significativas entre las regiones, lo que evidencia una falta de políticas públicas generales y de atención en salud. Lo anterior tiene consecuencias importantes a nivel de país.

Asimismo, en la escala de violencia y acoso se observan niveles moderados de estrés, tanto en población HSH como transgénero. Sin embargo, a nivel cualitativo, puede observarse que el estrés que les genera a las personas transgénero la amenaza constante de violencia, el miedo a ataques, ataques físicos y verbales y la posibilidad de enfrentar violencia cuando están en grupos, es marcadamente más alta. Las personas LGBT corren mayor riesgo de violencia y acoso en general. Robin et al. (2002), en su investigación sobre la violencia en entornos escolares, encontraron que, entre estudiantes sexualmente experimentados, los que informaron tener sexo homosexual tenían más probabilidades de ser amenazados o heridos con un arma en la escuela. Un porcentaje significativamente mayor de estos jóvenes declararon sentirse inseguros, daños y/o robos a su propiedad, peleas físicas e intentos de suicidio. Es importante mencionar, que esta escala mide el estrés relacionado a posibles eventos, mas no la ocurrencia de eventos en sí. Al comparar las dos regiones, no se observan diferencias significativas. A continuación se muestra la vivencia personal de violencia a raíz de su orientación sexual.

"...de primero sí fue bastante costoso, porque a veces me molestaban en el colegio. Cosas así normales, ¿verdad? Es lo que siempre sucede. Tuve momentos difíciles, tuve momentos que hasta me golpearon en mi colegio, me golpearon unos compañeros...Sí, al principio da miedo qué van a decir, pero ya me siento muy abierto, no quiero pelear nunca." GTH15, 21 años, ladino

"A veces la sociedad sí te perjudica, especialmente cuando tú eres de un departamento. Como dicen "pueblo chico, infierno grande". Zacapa es un lugar muy machista, entonces la sociedad es muy cruel, desde que te miran cosas que no son muy normales al género que perteneces, y hacían malos comentarios, los chifletes, pero yo como te digo, no me queda con eso, si me tocaba morongaciarme con alguien lo hacía y si me tocaba que enfrentar a alguien y decirle lo que estaba pasando, se lo decía y valía madre. Entonces yo fui muy yo, y siempre he sido muy yo, entonces me tocó en algunos momentos recibir algunos comentarios, y me tocó que pelearme como "todo un macho guatemalteco", pero macho de la cabeza, no macho porque sea hombre y peleé mis derechos". GTH02, 44 años, ladino

En la escala de búsqueda de servicios de salud se observa un nivel de estrés mayor (moderado) para la población Trans en torno a asistir a instituciones de salud y ser confrontadas con situaciones como no ser atendidas, estar en una sala de espera llena de personas y que el personal de salud haga bromas a sus espaldas debido a su orientación sexual. La diferencia entre HSH y Trans en esta escala es estadísticamente significativa. Es importante notar que la discriminación percibida o real en la propia estructura del sistema médico limita las posibilidades de acceso a los servicios de salud (Gupta y Bhugra, 2009: 363-364). Además, "las experiencias anteriores con el sistema de salud y los efectos secundarios previamente experimentados en relación con la medicación también influirán en la búsqueda de ayuda, por ejemplo, al decidir abandonar un tratamiento específico" (Gupta y Bhugra, 2009: 364). Por lo tanto, personas que han percibido discriminación o han tenido experiencias de maltrato dentro de los servicios

de salud tienen menores posibilidades de intentar buscar estos servicios en futuras ocasiones. El siguiente fragmento muestra cómo estas experiencias de discriminación se viven dentro de algunas instituciones.

“Así como en hospital de emergencias, a veces es pésimo. En Escuintla, en la mayor parte. Hasta se los he dicho en las reuniones que hemos tenido con Edmundo, se los he dicho. A veces lo quieren discriminar a uno, porque cuando uno enseña el carné, ya ellos lo miran. Una vez, yo llegué de emergencia, y enseñé mi carné. Y qué si le dice un doctor, “es de las tres grandes”. “Ógame”, le dije, “Eso ya se llama discriminación. Una de las cosas, usted sea lo que sea, clase de persona que sea, no puede discriminarme por lo que yo tengo. Uno viene al hospital porque tiene necesidad”. ET36, 35 años, ladina

El efecto negativo de la discriminación dentro de instituciones de salud va más allá de la experiencia de cada persona, el cual se potencializa si se considera la posibilidad que esta renuencia a asistir a servicios de salud pueda deberse también a maltratos recibidos por personas del mismo grupo social. En estos casos, el fomento de relaciones de confianza dentro de las instituciones puede facilitar que las personas asistan y reciban los servicios que necesitan. El siguiente fragmento ilustra la importancia de la confianza en el uso de servicios de salud.

“Mire, el factor que va a hacer que el usuario vuelva a ese servicio es la confianza. La confianza, el que yo venga y yo cuando la vea a usted la siento amena, la siento confiable, la siento así como que le puedo contar por qué me vengo a hacer la prueba. Y sé que usted no se va a colocar, - Mire, ¿y por eso se hace la prueba? -, lo empiezan a indagar. Entonces de esa primera impresión depende que el usuario vuelva a ese servicio o no vuelva más”. EH28, 42 años, mestizo

Además de un ambiente abierto y de confianza, la búsqueda de servicios de salud puede facilitarse en la medida en que las personas saben navegar el sistema burocrático de los hospitales u organizaciones. El siguiente fragmento muestra los distintos pasos que deben tomarse en algunas instituciones y cómo el conocer los distintos pasos puede reducir el nivel de estrés asociado a hacerse la prueba.

“Yo lo que pasa es llego con la señorita de recepción. Digamos le voy a contar cuando voy a la clínica Barcelona. Paso con la señorita de recepción, me piden mi código para entrar verdad o si no mi nombre. Lo doy. Si hay personas antes que yo, me agarro un número para esperar, verdad. Pero es rápido. Lo más que ha habido son 2 o 3 personas lo máximo. Paso. Hablo con el doctor. Me hace la receta para la prueba. Entonces, paso con la señorita me hace la prueba de sangre. Espero unos 15 o 20 minutos para que me den los resultados. Después de resultados paso con otra señorita y habla conmigo ¿Cómo me sentí con la prueba? Si estaba nervioso o no. Todo eso. ¿Hace cuánto fue mi última relación? ¿Si tengo pareja? y todo eso verdad. Después me hace pasar con otra señorita que es la que da los preservativos y firmo por ella verdad que hice mi prueba. Para llevar mi control”. EH41, 21, ladino

El riesgo de contraer VIH/Sida genera en los participantes un nivel de estrés moderado. Las preocupaciones principales en torno a este aspecto giran alrededor de la preocupación de que ellos mismos o sus amigos estén en riesgo de contraer VIH. Resulta interesante notar, sin embargo, que en muchos casos esta preocupación no se refleja en el mismo nivel de estrés asociado con la búsqueda de formas de tener sexo seguro o que esta preocupación por el riesgo de contraer VIH limite el ejercicio de su actividad sexual. En este sentido, es importante no equiparar vulnerabilidad percibida con la toma de acciones preventivas asociadas a dicha vulnerabilidad. Es importante recordar que, en general, las personas tienden a subestimar su vulnerabilidad a eventos de salud negativos (Perloff & Fetzer, 1986). Las infecciones por el VIH no son una excepción: se ha demostrado un sesgo optimista con respecto al VIH entre hombres gays de alto riesgo (Bauman & Siegel, 1987). Por lo tanto, la hipótesis de que las

percepciones de riesgo son reflejos del comportamiento de reducción de riesgo es una hipótesis relativa -aunque las personas tienden a subestimar su riesgo, no niegan su vulnerabilidad (Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996). Un meta análisis elaborado por Gerrard et al., (1996) apunta a la conclusión de que las estimaciones de la vulnerabilidad a la infección por el VIH son, de hecho, una reflexión del riesgo y los comportamientos precautorios. Es decir, que las personas que participan en más conductas de riesgo tienden a tener mayores estimaciones de su probabilidad de contraer el VIH que las personas que participan en menos conductas de riesgo. En este sentido se ha sugerido que la complejidad del comportamiento y la gravedad de los resultados asociados a ella afectan el vínculo entre vulnerabilidad percibida y comportamientos preventivos (Catania, Kegeles, & Coates, 1990). Cuando el riesgo de la enfermedad es extremadamente amenazante, o las medidas precautorias no son accesibles o se perciben como difíciles de implementar o mantener, la reacción típica es ignorar o distorsionar la amenaza, en lugar de cambiar el comportamiento (Jill et al., 1987). En este sentido, mientras más fácil sea la implementación de la estrategia de prevención, mayor será la probabilidad de que se ponga en práctica.

Uno de los factores que podrían interferir con el proceso de traducir vulnerabilidad percibida en conductas preventivas es que el comportamiento sexual preventivo generalmente requiere negociar con una pareja sexual y, a menudo, superar hábitos fuertemente arraigados o impulsos asociados con el comportamiento sexual. Además, para la mayoría de las personas, el comportamiento preventivo del SIDA -como todas las conductas sexuales- está cargado de emociones que son más complejas que las asociadas con la mayoría de las otras conductas preventivas y de salud. Debido a que estos componentes sociales, instintivos y emocionales son exclusivos de las conductas sexuales preventivas, es importante derribar el mito de que el conocimiento sobre las probabilidades de infectarse sea una condición suficiente para la implementación de conductas preventivas. Gerrard et al., (1996) plantean en este sentido, que la relación puede seguir una lógica diferente. En vez de que la percepción de vulnerabilidad lleve a la persona a adoptar conductas preventivas, la adopción de conductas preventivas puede llevar a la reducción de vulnerabilidad percibida ante la infección. Una lógica de este tipo puede explicar por qué, a pesar de que los participantes se saben en posición de vulnerabilidad, su nivel de estrés es relativamente bajo debido a que reportan rutinas saludables asociadas a hacerse la prueba de VIH. Los siguientes fragmentos muestran la importancia que algunas participantes dan a hacerse la prueba de forma regular, estén o no en relaciones de pareja estables.

" (Hacemos las pruebas) seguido, seguido. Incluso ellas no se han levantado cuando yo vengo a tocarles la puerta, "vamos hoy nos toca". Sí. Soy muy insistente en eso, pues porque tengo cierta presión, y no me gustaría saber o algo así." GTT24, 23 años, mestiza

"Bueno digamos con mi pareja vamos, a pesar de que los dos comenzamos como hace como unos cuatro meses para atrás ya tenemos nuestra intimidad sin protección verdad. Entonces nos respetamos. Pero si siempre estamos constantes con nuestro chequeo médico. Con nuestras pruebas. Ya me toca ir el otro lunes a la prueba, a él le toca el martes y así sucesivamente". EH41, 21 años, ladino

La siguiente escala, relacionada con los conflictos que surgen en torno a la orientación sexual o identidad de género, refleja un nivel de estrés leve en cuanto a sentimientos de culpa o vergüenza asociados. Las y los participantes muestran un alto grado de comodidad con su orientación sexual o identidad de género, lo que influye en el manejo que hacen de circunstancias a las que pueden enfrentarse en la cotidianidad. Asimismo, se reporta poco estrés alrededor de conflictos con la autoimagen y aceptación de la orientación sexual e identidad de género. No se encontraron diferencias significativas entre regiones. Los fragmentos a continuación muestran cómo las personas del estudio manejan los potenciales conflictos a nivel social por su orientación o identidad.

"...mi familia era un poco más cuadrada porque vengo de padre militar y bla bla bla, entonces como que era una doble identidad la que se manejaba en el principio, pero sin embargo mantuve una postura. Soy una persona, que cuando quiere algo lo defiende aunque se me venga y me caiga el cielo encima no me importa, pero salgo adelante. Entonces a los dieciséis años, un año antes de graduarme les dije a mi familia que yo era totalmente gay y que al que le gustaría bueno, y al que no, no, y que me iba de casa y que me marchaba". GTH02,44 años, ladino

"Bueno, en todos los lugares en lo que hemos ido, pues hemos ido. Pero tal vez hay otros lugares que son racistas, o no sé. Me da igual. Y a veces si se me quedan viendo: "¿Les debo algo?" o "¿Quieres venir a pararte aquí conmigo? Te doy permiso". Siempre es así, o "¿Quieres mis plataformas, te las presto? ¿quieres que te preste mi ropa?" A veces salgo en puros culos y áchale, le digo que, si quieres te lo presto, te lo podés poner. Son cosas que yo estoy entendiendo y me da igual lo que me diga la gente. Solo que me sienta bien con Dios y con mi familia." GTT20, 24 años, normal

Redes de Apoyo Social

Como se mencionó anteriormente, los distintos estresores asociados a pertenecer a minorías sexuales son factores de riesgo para la salud física y mental. Sin embargo, además de los factores de riesgo, existen factores protectores que pueden ayudar a mejorar la accesibilidad a servicios de salud. La evidencia sugiere que la disponibilidad de apoyo social tiene efectos importantes en la salud. Asimismo, se ha demostrado que se obtienen beneficios directos del mismo, sin importar el nivel de estrés al que esté sometida la persona (Barrón, 1996). El apoyo social es la "asistencia y protección brindadas a los demás para ayudarles a enfrentar el estrés resultante de la enfermedad y el tratamiento" (Pehlivan, Ovayolu, Ovayolu, Sevinc, & Camci, 2012:734), que se deriva de una red de parentesco y relaciones comunitarias. Es a través de las redes sociales que los individuos acceden a estos recursos sociales (Kahn, 1994) y, por tanto, reciben apoyo social. Según Bourdieu (1986), para recuperar la salud, se necesitan múltiples formas de capital, incluido el capital material, y otras formas menos obvias, como: a) el capital cultural en forma de alfabetización en salud, que permite comprender el sistema médico, o la capacidad de comunicarse fácilmente con los profesionales de la salud; y b) el capital social, que puede desempeñar un papel facilitador en el proceso de búsqueda de ayuda mediante el apoyo social disponible para el enfermo (Bourdieu, 1986: 241-258). El capital social es "el conjunto de los recursos reales o potenciales que están vinculados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de mutuo conocimiento y reconocimiento -o, en otras palabras, a la pertenencia a un grupo- que proporciona a cada uno de sus miembros con el respaldo de la colectividad" (Bourdieu, 1986b). Por ejemplo el primer encuentro con servicios médicos, que es altamente dependiente de las redes de apoyo social de la persona.

Además de los factores contextuales, las redes sociales influyen en todas las fases del proceso de búsqueda de ayuda, incluyendo la percepción de los síntomas, la atribución causal, la experiencia de la enfermedad y accesibilidad a los servicios (Unger-Saldaña & Infante-Castañeda, 2011). Cada momento en el proceso de búsqueda de ayuda es significativo, ya que además de responder a la búsqueda de elementos concretos como la cura, se evidencian otros elementos como el apoyo emocional (Paniagua, 2016:12). Las trayectorias de búsqueda de atención en salud, por tanto, están determinadas por diversas formas de apoyo social. Los procesos específicos en los que el apoyo social desempeña un papel importante pueden incluir pero no están restringidos a ayudar a: comunicarse con los proveedores de salud, buscar información, viajar hacia y de las clínicas, tomar decisiones y encontrar formas de cubrir los costos.

En cuanto a los tipos de apoyo social, existe acuerdo entre varios autores en una caracterización de tres tipos: instrumental, que incluye la ayuda en forma de recursos como el dinero y el tiempo; emocional, que incluye expresiones de autoestima, simpatía o preocupación; e informacional, que incluye dar consejos e información valiosa (House & Kahn, 1985; Hulst, 2008; Kahn, 1994). Los tres tipos básicos de apoyo social pueden provenir de la misma fuente o de fuentes diferentes (House & Kahn, 1985; Hulst, 2008; Kahn, 1994). La participación de la familia y la comunidad en el tratamiento médico mejora en gran medida los resultados de las intervenciones, al tiempo que aumenta la sensación de bienestar del paciente mediante la prestación de apoyo social (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996a). Es importante enfatizar que la importancia de determinados tipos de apoyo social en la conformación de la trayectoria de búsqueda de atención en salud dependerá de las condiciones específicas en las que los individuos buscan ayuda. Por ejemplo, el papel del apoyo informacional será más relevante para las personas que no están familiarizadas con el sistema de salud, mientras que el apoyo instrumental será más relevante para las personas que no pueden pagar los servicios por sí mismas (Brabers, de Jong, Groenewegen, & van Dijk, 2016).

Con el fin de determinar qué fuentes de apoyo social están accesibles para las personas del estudio y cómo este apoyo puede ser fundamental en la búsqueda de servicios de salud, se administró el Cuestionario MOS de apoyo social percibido. El cuestionario mide los tres distintos tipos de apoyo social mencionados anteriormente, agregando además algunas preguntas sobre el apoyo espiritual, entendido como el apoyo al sistema de creencias de la persona. El instrumento se responde con una Escala de Likert que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). La calificación se basa en el promedio de todas las preguntas que componen cada una de las escalas y se interpreta de la siguiente forma: De 1 a 2, bajo, de 2 a 3, intermedio, de 3 a 4 moderado, y de 4 a 5, alto. En este estudio, se observó una consistencia interna adecuada en las distintas escalas (de 0.759 a 0.887). Las puntuaciones por escala se presentan a continuación (Tabla 8.9.c y Tabla 8.9.d).

Tabla 8.9.c. Escalas de apoyo social para población HSH y Trans

Escalas	HSH			Mujer Trans			Total		
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar
Apoyo emocional	4.3400	20	.83754	3.8238	21	1.04829	4.0756	41	.97514
Apoyo material o instrumental	3.7039	19	.94759	3.2880	23	1.04951	3.4762	42	1.01447
Apoyo informacional	4.4545	22	.83991	3.9043	23	1.19068	4.1733	45	1.05967
Apoyo espiritual	4.0238	21	.99343	2.8696	23	1.16986	3.4205	44	1.22448

Tabla 8.9.d Escalas de apoyo social por región

Escalas	Guatemala			Escuintla			Total		
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar
Apoyo emocional	3.7455	22	1.05186	4.4579	19	.73130	4.0756	41	.97514
Apoyo material o instrumental	3.2609	23	1.14745	3.7368	19	.77716	3.4762	42	1.01447
Apoyo informacional	3.8000	23	1.23877	4.5636	22	.65795	4.1733	45	1.05967
Apoyo espiritual	3.2174	23	1.25974	3.6429	21	1.17413	3.4205	44	1.22448

En cuanto al apoyo emocional, se observan diferencias importantes al comparar el grupo HSH y el grupo Trans. Mientras el grupo HSH refiere percibir apoyo emocional siempre, el grupo Trans refiere percibir apoyo emocional la mayoría de las veces. En este caso, el apoyo emocional es importante debido a que las redes de apoyo social pueden alentar a los pacientes a persistir en su búsqueda de servicios de salud y ayudarles a hacer frente a la frustración y la ansiedad que vienen con el proceso de búsqueda de ayuda. Entre los indicadores de apoyo emocional encontrados se puede mencionar el interés y el cuidado de la persona, percibir cariño, y tener cerca personas confiables. Al comparar las dos regiones se observa que el grupo de Escuintla percibe un nivel de apoyo social más alto que el grupo de la Ciudad de Guatemala. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Lo anterior puede deberse, a como se mencionó en el cuestionario MOGS, que las redes comunitarias y familiares pueden ser más cercanas en espacios semiurbanos que urbanos. Además, es posible que en Escuintla haya mayor prevalencia de familias extendidas y cooperación entre sus miembros. Las personas que componen las redes de apoyo de las y los participantes incluyen principalmente amigos y familia (nuclear y extendida). En el caso de la familia, se menciona principalmente a las madres y hermanos, mientras que los padres tienden a tomar posiciones más antagónicas. Los fragmentos que se presentan a continuación ilustran las diferencias en el apoyo emocional percibido entre población HSH y Trans. Claramente, las circunstancias en que ambos grupos viven y trabajan influyen en la percepción de apoyo emocional. En las entrevistas, se observan niveles altos de tensión asociados la competencia por el trabajo sexual en la población Trans.

"Mi mamá, mi hermana, mi hermanito, un amigo y una amiga... son con las personas con las que más hablo, con las que más tengo interacción. Sé que puedo hablar con ellos desde la cosa más tonta hasta la cosa más profunda del mundo y que van a estar tratándome de apoyar, de entender, dándome consejos." GTH10, 21 años, ladino

"Te comentaba que también tengo una tía que es muy cercana a mí, que inclusive ahorita que yo me traslado a la ciudad capital de vuelta, yo tengo mi casa en carretera al atlántico, mi casa, sin embargo, no me quise ir para allá, por factores de distancia y que voy a estar muy solo, entonces logré conseguir un apartamento cerca de la casa de mi tía y ahí estoy cerca, entonces son mis personas más cercanas, ah y mi pareja." GTH02, 44 años, ladino

"Pues fijate que en este círculo de gays, trans, travesti, transgénero, lesbianas, es muy difícil considerar a una persona tu amiga. Porque en la calle, peor siendo unas trabajadoras sexuales trans, requiere que, tenemos que tener mucho cuidado, tal con las mismas personas con las que vivimos, a con las que se paran en una esquina." GTT17, 23 años, mestiza

El apoyo emocional proviene de distintas fuentes. Las principales fuentes de apoyo emocional son miembros de la familia nuclear, principalmente las madres, amigos o miembros de la comunidad y personas que han conocido a través de oenegés y de los servicios que prestan.

En el grupo de Auto-apoyo, incluyendo a mi familia, creo que ambos me apoyan de la misma manera. Porque aquí en el grupo la situación es muy diferente, porque aquí nos platicamos con los mismos compañeros del grupo. En cambio, en mi casa solo puedo hablar con mi madre o hablar solo con mi mujer, o solo con mi hermano: Ya no estamos en unión, sino individualmente. No es tanto igual como acá en el grupo, que aquí es por grupo. Todos nos pedimos opiniones y nos aconsejamos entre sí. Y nos contamos nuestras cositas que hacemos... EH26, 42 años, mestizo

El apoyo informacional, que se refiere a la provisión de información sobre la naturaleza de un problema y las posibles maneras de hacerle frente, se observa en niveles altos y moderados en todos los grupos. Este

apoyo se manifiesta específicamente en forma de explicaciones sobre procesos que ellos no comprenden, en tener alguien en quien puedan confiar, y en general, personas que les aconsejen en las distintas esferas de su vida. No se observan diferencias por región. Las fuentes de apoyo informacional más comunes en este grupo son en primer lugar los amigos, luego los familiares y en tercer lugar las oenegés. En este último caso, los participantes se refirieron a personas específicas dentro de las oenegés. Además, los grupos de apoyo dentro de las organizaciones se convierten en espacios para recibir o dar consejos, para ventilar preocupaciones y para lidiar con dificultades asociadas a la aceptación de la orientación sexual y la identidad de género.

“Entonces yo empecé a recibir capacitaciones, en OASIS, talleres, y así fue como me fui adaptando ya a todo esto”. GTH12, 31 años, ladino

“Creo que no hay una organización que tenga orientación definida o como una clínica donde las personas puedan llegar, convivir, no lo vería así. No tenemos. Solo podemos tener a través de grupos de ahorita de activistas que tenemos aquí en Escuintla, y nosotros sabemos si los referimos ¿verdad? Pero que haya un lugar específico, por ejemplo, ahorita vamos con la licenciada Mónica y ella es la que nos puede apoyar y nos puede dar plataforma para que esta persona que anda pidiéndonos apoyo, porque hay personas que le piden apoyo, puede hablar con ella, conversar, ver más allá, no existe.” EH28, 42 años, mestizo

“Pues bien, porque la mayoría de chavos... el grupito se formó por eso mismo, por las pláticas, empezó porque no se animaban a preguntar ciertas cosas, y entre nosotros así como que bueno y cómo será, y como yo siempre he sido el más animado, yo era el que preguntaba. Y todos se sienten bien como gays, o sea la mayoría empezó así como que mero tímido y no se reconocía, pero ya después conforme se fueron descubriendo, decís tú, pues ya se aceptaron más y ya se consolidaron más como chavos gay. Porque al principio era como que "yo creo que soy gay, pero también me gustan las chavas", entonces sos bi, "no porque yo creo que me voy a inclinar más a los chavos", entonces por eso fue que nosotros empezamos a ir a esas charlas, porque estábamos empezando el rollo, y es super complicado”. GTH11, 29 años, mestizo

El apoyo instrumental, los diversos tipos de ayuda tangible proporcionados a una persona, es uno de los dos tipos de apoyo más bajos encontrados entre todos los grupos. En esta escala se mide específicamente la ayuda para la solución de problemas de manera directa, por ejemplo, proporcionar casa, comida o dinero. Entre las fuentes de este tipo de apoyo están en la mayoría de casos la familia, seguida de amigos y pareja y, por último, oenegés. Los casos que han necesitado asistencia por parte de instituciones, tienden a percibir poco apoyo por parte de sus familias. Es decir que el apoyo de organizaciones, aunque es importante en todos los casos, es fundamental cuando no se cuenta con el apoyo de la familia. Los servicios proveídos pueden reducir en gran medida la vulnerabilidad a la que se enfrentan las y los participantes cuando sus familias no pueden apoyarles o han decidido no hacerlo.

“De mi círculo cercano es apoyo económico y emocional, psicológico. Mis papás, mi hermana, mi hermano a veces, siempre, siempre, siempre que yo he necesitado algo y ellos pueden, me lo aportan. Mi hermano y mis amigos, cuando he tenido problemas emocionales, ahí han estado. Cuando he estado bien, también ahí han estado. Cuando solo quiero hablar de las cosas y de lo que pienso, ahí están. Entonces siento que el apoyo ha sido incondicional siempre”. GTH07, 20 años, ladino

“Mis amigos son los que a veces me invitan a comer. A veces salimos a convivir. La apoyo yo. “Yo te puedo llevar en mi carro”, me andan jalando de allá para acá. Eso es más que todo. Si mis amigos de Ciudad Real me dicen “venga conmigo”, “va” les digo yo. “¿Qué es lo que más te gusta?”. “Ah, a mí me encanta los (palabra no se entiende)”. “Voy a hacer entonces un guisado si venís a comer”, “va” y me voy”. GTH09, 47 años, ladino

“Ahí [en Fundación Marco Antonio] me daban medicina, donde dormir, comida y todo había ahí, solo que uno estaba ahí como internado, como un hospital, no lo sacaban a uno, solo que llevaran a todo el grupo lo llevaban a pasear a algún lugar, por ejemplo el puerto, a Amatitlán, y la familia lo podía llegar a ver a uno todos los días; hay visitas todos los días. EH25, 63 años, ladino

Sabe, yo le doy gracias a Dios e infinitamente gracias a las hermanas de aquí, de Calcuta. Cuando yo vine al hospital la tercera vez a traer medicamento, estaba la doctora Virginia Uluarte. Estaba ahí y le dije, “mire doctora, yo no quiero medicamento. Mejor déjeme, anule el medicamento. Yo me quiero morir”. “¿Por qué, hijo, si estabas bien?”, me dijo. “Mire, doctora”, le dije, “yo tengo mucha discriminación en mi familia, y no tengo dónde ir”. “No se preocupe”, me dijo. Me hizo una orden, me hizo una carta. Ella misma me trajo aquí al hogar. De ahí en el hogar me dijeron, “mire, la superiora no está”. Muchas gracias, les dijimos y todo eso. “Véngase tal día”. A los pocos días estaba el señor Otoniel López en Radio Católica. Fui a Radio Católica. El señor me dijo, “vamos de una vez”. Fuimos, y me dijeron “¿se quiere quedar?”. “Sí”, les dije yo. ET36, 35 años, ladina

A pesar de que, en la escala, ambos grupos se ubican en la categoría de apoyo social moderado, al analizar por separado los ítems, se observa que un tercio de los participantes refirió no tener a nadie que les acompañe a citas con el médico, que les atienda cuando están enfermos, o que les de comida cuando lo necesitan. Asimismo, cerca de la mitad de los participantes refieren no conocer a nadie que sepa moverse en la capital y que les pueda acompañar en caso lo necesitaran. Esto último puede limitar seriamente sus posibilidades de utilizar servicios de salud ubicados en la Ciudad capital.

El apoyo instrumental también impacta la búsqueda de servicios de salud, tanto en la forma de buscar los servicios junto con la persona, como estar conscientes de la importancia de las pruebas de VIH y recordar a sus seres queridos de su importancia. El hecho de que varias personas dentro del grupo social necesiten, por ejemplo, hacerse la prueba de VIH regularmente, puede facilitar el proceso para las personas y la incorporación de esta rutina saludable de una forma más sencilla.

“Sí ella (pareja) también está en el tratamiento, es más, a mí a veces se me olvida y ella es la que me lleva el medicamento. Pero cuando ya estoy solo en la casa soy yo el que me encargo de ello, ya todo lo tengo en la mente que no tengo que pasar un día de no tomarlo.” EH26,

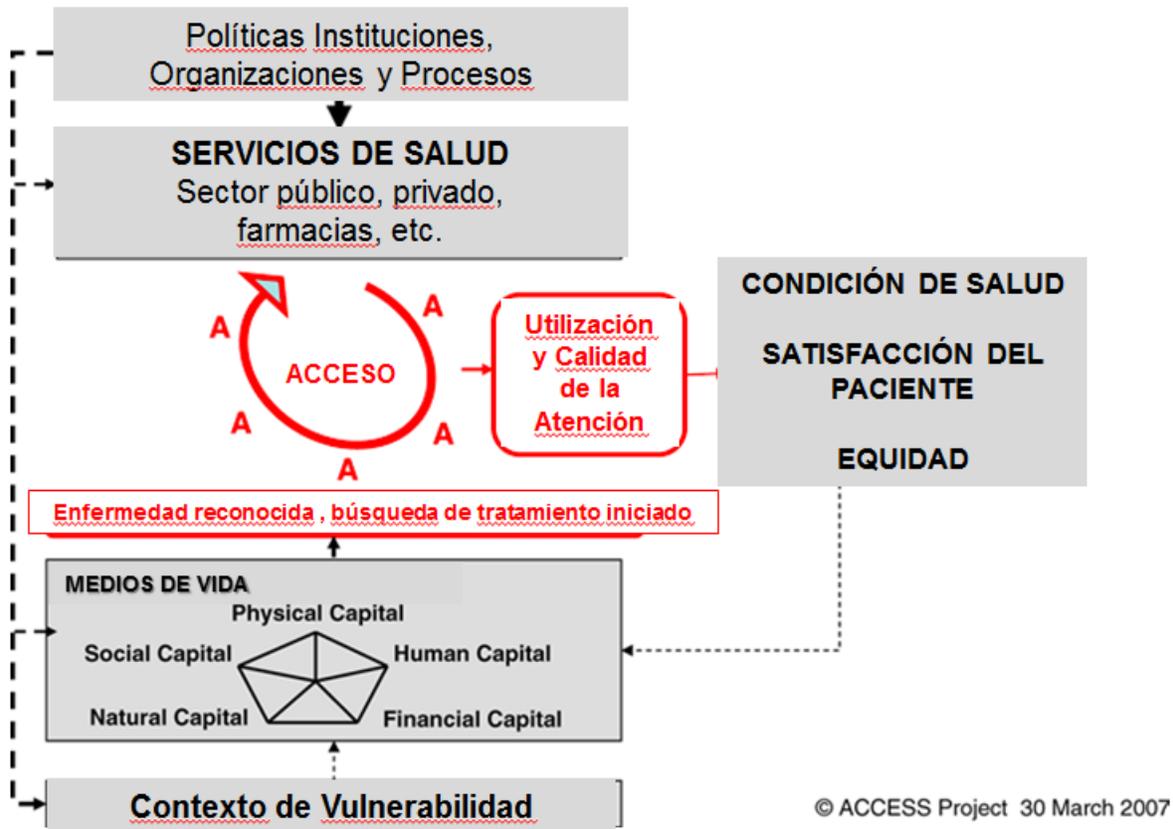
El último tipo de apoyo social, el espiritual, es también uno de los más bajos de la escala y donde se observan mayores diferencias entre los participantes. El grupo HSH refiere tener un apoyo espiritual alto, mientras que el grupo Trans refiere tener un nivel intermedio de apoyo espiritual. El apoyo espiritual proporcionado proviene no sólo de los miembros de la familia, sino también de las congregaciones religiosas o iglesias de las cuales son parte. Al analizar los ítems de forma separada, 61% reportó no tener alguien con quien orar o rezar, aunque el 76% refiere tener alguien que rece u ore por ellos. Esta diferencia puede deberse a que aunque haya personas religiosas cercanas, tengan poco acceso a la participación en iglesias o congregaciones debido a su orientación sexual o identidad de género. El siguiente fragmento ilustra cómo las instituciones religiosas discriminan a las personas Trans al punto de alejarlas de la participación en las mismas. No se encontraron diferencias significativas entre regiones.

"Yo fui cristiano mucho tiempo, pero la misma iglesia hizo que yo me convirtiera en lo que soy ahora. No le estoy echando la culpa a la iglesia, tal vez yo ya lo traía por dentro y todo. Porque a mí desde los 11 años me gusta lo que son los chicos, pero yo quise cambiar para que mi familia no tuviera problemas, etc. Pero la misma iglesia me discriminaba entonces dije yo, ¿para qué?, mejor me aparto de la iglesia y sigo yo mi camino y pues a los 15 yo ya me empecé a convertir en una chica trans," GTT17, 23 años, mestiza

9. Consideraciones Finales

Para poder hacer una síntesis que agrupe los resultados más importantes del presente estudio, empleamos como referencia de análisis el Access Framework (Marco de Análisis sobre ACCESO a Salud) desarrollado por Obrist et al. (2007). En el mismo se propone analizar la forma en que se construye la demanda de servicios de salud (en este caso por parte de la población HSH y TRANS), específicamente tomando en cuenta el componente de a) Medios de Vida y b) el Contexto de Vulnerabilidad de la población. Estos aspectos determinan la forma en que c) inician las trayectorias de búsqueda de atención en salud. Estos aspectos (a, b, c) constituyen la parte inferior en el diagrama del Access Framework en la figura 9.1 Por otro lado, se debe analizar el lado de la oferta de los servicios, específicamente en cuanto a d) las políticas públicas, organizaciones y procesos en marcha en Guatemala, y e) los servicios de salud específicos sobre los cuales se construye dicha Oferta. De la interacción de esta demanda y oferta se da la interacción de cinco elementos para medir el nivel de Acceso real a servicios de salud que tiene la población, determinados por las cinco A's del acceso, a saber: Availability (Disponibilidad), Accesibilidad, Affordability (Capacidad de pago), Adequacy (Pertinencia) y Aceptabilidad. Estas cinco dimensiones van a moldear la forma en que la población HSH y Trans utilizan los servicios y la calidad de la atención recibida, lo que determinará si la CONDICIÓN DE SALUD mejora (se resuelve el problema de salud), si el paciente queda SATISFECHO con la intervención en todas sus dimensiones, y el grado de EQUIDAD alcanzado en la trayectoria.

Figura 9.1 ACCESS FRAMEWORK (traducción libre de Obrist et. al, 2007)



Los resultados de la investigación muestran que el **Contexto de Vulnerabilidad** percibida es alto para la población HSH y extremadamente alto para la población TRANS, y que esta vulnerabilidad es fundamentada en aspectos de estigma y discriminación que se viven en el ámbito familiar, educativo laboral e incluso se generaliza a aspectos sociales. Los datos evidencian que este contexto de discriminación dificulta el acceso a empleo digno o bien remunerado, por lo que gran parte de la muestra se ubica en estratos socioeconómicos bajos, en pobreza o pobreza extrema, y con bajos índices de escolaridad. Esto afecta los **Medios de Vida** con lo que cuenta gran parte de esta población, si bien la tendencia es mucho más marcada para la población Trans. La medición de las redes de apoyo personal y social (MOS y MOGs) evidencian que una gran parte de la población estudiada percibe que no cuenta con suficiente apoyo para poder cubrir todas las necesidades económicas, sociales o emocionales/espirituales necesarias, aunque los grupos creados por afinidad de identidad en torno a organizaciones de apoyo a población de la diversidad sexual sí ofrecen redes de apoyo informacional. Por tanto, el capital social con que cuenta la mayoría se limita a círculos definidos y limitados a una identidad de género u orientación sexual definida, pero que son usualmente precarias en el entorno social más amplio. El análisis de ocupaciones primarias y secundarias evidencia un capital financiero precario para mujeres Trans y limitado para HSH que profesan abiertamente su orientación. Por la situación de exclusión social y precariedad en la que se encuentra la mayor parte de la población Trans y al menos la mitad de la población HSH, aunado al riesgo a la salud proveniente de comportamiento sexual de riesgo, se percibe (autodefine) una repercusión negativa en todos los aspectos de los medios de vida, acarreado

consecuencias en la disminución de capital humano, físico, social y financiero, en comparación a las oportunidades que pueden tener otras personas que no pertenecen a la diversidad sexual. Las condiciones de estigma social, discriminación puntual, precarios medios de vida, aunado a baja autoestima o sensación de extrema vulnerabilidad, trazan el escenario que nos permite observar trayectorias de búsqueda de atención en salud poco alentadoras para las mujeres Trans y medianamente eficientes para la población HSH, en especial para búsqueda de atención primaria en salud. La tendencia cambia al tratarse de servicios de salud sexual, los cuales parecen cubrir la mayor parte de necesidades de la población, toda vez que los individuos o las redes sociales a las que pertenecen conozcan alguna red de servicios especializados para esta población.

Desde la parte de la **Oferta de Servicios de Salud**, el vacío legal que garantiza derechos específicos a la población HSH y Trans genera un problema estructural que dificulta la negociación de espacios seguros y del acceso a mismo a servicios de salud especializados. Si bien existe una miríada de oferentes de servicios de salud sexual específicos para población HSH y Trans, tanto públicos como privados, éstos no suelen cubrir otros aspectos complementarios a la salud física y mental desde una perspectiva holística. Asimismo, las relaciones personales desarrolladas con personal de salud varía considerablemente de una institución a otra, con lo que se documentan prácticas percibidas como derogatorias por parte de los usuarios, dificultando aún más el desarrollo de relaciones de confianza que pavimenten el acceso oportuno a estos servicios. La percepción sobre pérdida de confidencialidad en las consultas y aspectos de baja inteligencia emocional en el trato a esta población (inadecuada capacitación del personal de salud para asegurar pertinencia y empatía), se mencionan por mujeres Trans y HSH como causas importantes de evasión de servicios de salud específicos. Esto contrasta con aspectos de gratuidad, distancia, calidad del servicio, que son mencionadas como secundarias a las anteriores.

Al unirse las condiciones de demanda de estas poblaciones con las características específicas de los servicios ofrecidos, **notamos carencias en las cinco dimensiones del acceso** a la salud, las cuales se resumen en la Tabla 9.1.

Tabla 9.1 Dimensiones del Acceso a la Salud en la población HSH y Trans estudiadas.

Dimensión	Evidencia en el Estudio
<p>Availability (Disponibilidad): Los servicios de salud existentes llenan las necesidades de los clientes.</p>	<p>Existen suficientes servicios de salud sexual especializados en la capital y área rural para población HSH, en menor medida para población Trans. Para el área rural de Escuintla, se percibe que hay poco acceso a estos servicios. No se reportan problemas en la disponibilidad de instancias para realizarse la prueba de VIH o para obtener tratamiento, si bien las preferencias de dónde obtener estos servicios varían de acuerdo a la percepción de Pertinencia y Aceptabilidad descritos abajo.</p> <p>Se reporta una precaria red de servicios de salud física generales (no salud sexual), por lo que la mayoría de la población requiere a la automedicación en farmacias o, quienes pueden pagarlo, a servicios privados. Se documentó una demanda fuerte por parte de la población estudiada para que las oenegés y entidades de servicio también presten apoyo en temas de salud integral, y particularmente para servicios de salud mental, considerados como casi inexistentes.</p>
<p>Accesibilidad: La localización de estos</p>	<p>La distancia geográfica no suele ser nombrada como una limitante real para acceder a servicios de salud sexual, excepto en el caso de clientes residiendo</p>

servicios está en línea con la localización de los clientes.	en comunidades rurales de Escuintla. La población Trans en general, pero en Escuintla en particular, manifestó mayor afinidad a contar con clínicas móviles que pueden llegar a sus lugares laborales en horas oportunas, a las cuales pueden apegarse mejor (en especial para hacerse pruebas de VIH como rutina saludable). Esto es especialmente importante porque consideran que doctores imparciales que no las conocen pueden mantener mejor la confidencialidad de los resultados de las pruebas.
Affordability (Capacidad de pago): Los precios de los servicios se ajustan a los ingresos de los clientes y a su capacidad de pago.	La mayor parte de los servicios de salud sexual son completamente gratuitos, por lo que en casi ningún caso se reporta el costo como una barrera de acceso. Sin embargo, sí se menciona el costo de oportunidad (perder un día laboral), como desincentivo para acceder a servicios de salud pública en los que hay que esperar largas horas. Para cualquier otro servicio de salud, la mayor parte de la población Trans y el segmento de población HSH con baja escolaridad (y con falta de seguridad laboral), manifiestan que no tienen la capacidad económica para cubrir sus necesidades en salud.
Adequacy (Pertinencia): La forma en que se organiza la prestación de los servicios se alinea a las expectativas de los clientes.	La organización de los servicios de salud sexual se apega, en general, a las expectativas que la población HSH y Trans tienen sobre la forma en la que desean obtener atención, con excepción de algunos proveedores en el sector público que no están sensibilizados. Sin embargo, para atención en salud general (no sexual), casi todos los reportes recibidos indican una gran falta de pertinencia en la prestación de los servicios de salud, lo que impacta alargando las trayectorias de búsqueda de atención en salud o imposibilitando la resolución eficaz de la enfermedad que motivó las consultas.
Aceptabilidad: Las características de los proveedores de servicios se apega a las de los clientes (idioma, rasgos culturales, etc)	La aceptabilidad de los servicios especializados en salud sexual es alta en general, si bien se reporta rechazo a instituciones específicas por malos tratos y pérdida de confidencialidad (cultura de chisme) en torno a los resultados de las pruebas de VIH. Sin embargo, aún debe trabajarse más en las concepciones étnicas que manejan los usuarios sobre los efectos del VIH y del tratamiento mismo, pues en al menos un tercio de la población se aleja de las concepciones que manejan oferentes de servicios biomédicos. Asimismo, se considera que aún existen prácticas discriminatorias fuertes que general un mal trato a la población en los servicios de salud pública, mismas que no invitan a regresar a consultas o que generan la percepción de haber recibido un mal servicio.

La interacción de estas cinco dimensiones genera una **subutilización** de los servicios de salud existentes y una **calidad sub-óptima de la atención** a servicios de salud generales, mientras que **para servicios de salud sexual la calidad de la atención mejora enormemente** al considerarse mucho más pertinente para la población de la diversidad sexual (en especial si ésta se ofrece por intermediarios de unidades de servicio dedicadas a atender a la población HSH y Trans, diferenciadamente, como individuos importantes y no como cifras para alcanzar metas). Si bien las condiciones de salud sexual de estas poblaciones se consideran que han ido mejorando en los últimos años, los usuarios del sistema opinan que sus **condiciones de salud** en general son muy precarias, pues **no existe satisfacción** en la oferta de servicios de salud existentes (donde además se percibe como urgente crear servicios de salud mental actualmente inexistentes). Es, mayoritariamente, una población que aún se percibe como en **estado de exclusión** por

parte del Estado y de la sociedad en general, e incluso se manifiesta como **objetivizada** por oenegés y entidades de servicio que les acosan para llegar a metas específicas establecidas por los donantes. A lo largo del estudio se manifestó una y otra vez la importancia de rehumanizar las estrategias de entidades de servicio para centrarse en un paradigma de Derechos de la población HSH y Trans, más allá del paradigma estadístico utilitario como “casos” de VIH positivos o negativos.

Las estrategias de respuesta a la problemática identificada están dadas a lo largo de cada subcapítulo del presente estudio por la misma población entrevistada, por lo que se sugiere pasar a un análisis detallado de las orientaciones pertinentes en cada tema.

10. Literatura Citada

- Agency for Healthcare Research and Equality. (2011). *National Healthcare Disparities Report* (p. 250). Rockville, MD. Recuperado a partir de <http://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhdr11/nhdr11.pdf>
- Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: The LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17*(2), 163-174. <https://doi.org/10.1037/a0023244>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. México [etc.: Siglo Veintiuno.
- Bernard, H. R. (Ed.). (1998). *Handbook of methods in cultural anthropology*. Walnut Creek, Calif: AltaMira Press.
- Bocking, W., & Keatley, J. (2011). Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Presentado en Organización Panamericana de la Salud. Recuperado a partir de <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Bogart, L. M., Bird, S. T., Walt, L. C., Delahanty, D. L., & Figler, J. L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment. *Social Science & Medicine (1982), 58*(6), 1049-1058.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. En I. Szeman & T. Kaposy (Eds.), *Cultural theory: an anthology* (pp. 81-94). Chichester ; Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Brabers, A. E. M., de Jong, J. D., Groenewegen, P. P., & van Dijk, L. (2016). Social support plays a role in the attitude that people have towards taking an active role in medical decision-making. *BMC Health Services Research, 16*(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1767-x>
- Brennan, A. M. W., Barnsteiner, J., Siantz, M. L. de L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, or Intersexed Content for Nursing Curricula. *Journal of Professional Nursing, 28*(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>

- Cahill, S., & Makadon, H. (2014). Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Clinical Settings and in Electronic Health Records: A Key to Ending LGBT Health Disparities. *LGBT Health, 1*(1), 34-41. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0001>
- Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly, 17*(1), 53-72.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans. A biopsychosocial model. *The American Psychologist, 54*(10), 805-816.
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). LESBIAN, GAY, AND BISEXUAL YOUTH AND THEIR FAMILIES: Disclosure of Sexual Orientation and Its Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*(3), 361-371. <https://doi.org/10.1037/h0080345>
- Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 16*(6), 418-425. <https://doi.org/10.1002/casp.900>
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M. B., ... Xavier, J. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 4*(3), 102-151. <https://doi.org/10.1023/A:1009573800168>
- Dorsen, C. (2012). An integrative review of nurse attitudes towards lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmières, 44*(3), 18-43.
- Eliason, M. J., & Raheim, S. (2000). Experiences and comfort with culturally diverse groups in undergraduate pre-nursing students. *The Journal of Nursing Education, 39*(4), 161-165.
- Foreman, L., & Breinbauer, C. (2003). *Understanding and responding to HIV / AIDS-related stigma and stigma-discrimination in the health sector*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado a partir de <http://www.poline.org/node/251004>
- Gay Guatemala. (2015, noviembre 29). Ministro de Salud Firma la «Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para Personas Trans en Guatemala» 2016 - 2030. Recuperado 16 de junio de 2016, a partir de <http://www.gayguatemala.com/index.php/actualidad/news/nacionales/2984-msf>
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin, 119*(3), 390-409. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.390>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., & Tanis, J. (2010). *National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care*. (Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force No. Vol. 3) (p. 24). Recuperado a partir de http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/resources_and_tools/ntds_report_on_health.pdf

- Gupta, S., & Bhugra, D. (2009). Globalization, Economic Factors and Prevalence of Psychiatric Disorders. *International Journal of Mental Health, 38*(3), 53-65. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411380304>
- Headland, T. N., Pike, K. L., & Harris, M. (1990). *Emics and etics: the insider/outsider debate*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Herek, G. M. (2007). Sexual stigma: putting sexual minority health issues in context. En I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (pp. 171-208). New York, NY: Springer.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. En *Social Support and Health* (pp. 83-108). New York: Academic Press.
- Hulst, R. C. (2008). Introduction to Social Network Analysis (SNA) as an investigative tool. *Trends in Organized Crime, 12*(2), 101-121. <https://doi.org/10.1007/s12117-008-9057-6>
- Institute of Medicine (U.S.) (Ed.). (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jill, J. G., Montgomery, S. B., Emmons, C.-A., Kessler, R. C., Ostrow, D. G., Wortman, C. B., ... Eshleman, S. (1987). Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: Longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS. *Psychology & Health, 1*(1), 73-95. <https://doi.org/10.1080/08870448708400316>
- Kahn, R. L. (1994). Social Support: Content, Causes and Consequences. En *Aging and Quality of Life* (Ronald P. Abeles, Helen C. Gift and Marcia G. Ory, pp. 163-184). New York: Springer.
- Lasser, J., & Tharinger, D. (2003). Visibility management in school and beyond: a qualitative study of gay, lesbian, bisexual youth. *Journal of Adolescence, 26*(2), 233-244.
- Lett, J. (1990). Emics and etics: notes on the epistemology of anthropology. En T. N. Headland, K. L. Pike, M. Harris, & American Anthropological Association (Eds.), *Emics and etics: the insider/outsider debate* (pp. 27-142). Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Lewis, J. A. (2003). *Community counseling: empowerment strategies for a diverse society* (3rd ed). Australia ; Pacific Grove, CA, USA: Thomson, Brooks/Cole.
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Berndt, A., Morris, L. M., & Rose, S. (2002). An Empirical Analysis of Stressors for Gay Men and Lesbians. *Journal of Homosexuality, 42*(1), 63-88. https://doi.org/10.1300/J082v42n01_04
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet (London, England), 367*(9509), 528-529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Logie, C., Bridge, T. J., & Bridge, P. D. (2007). Evaluating the phobias, attitudes, and cultural competence of Master of Social Work students toward the LGBT populations. *Journal of Homosexuality, 53*(4), 201-221. <https://doi.org/10.1080/00918360802103472>

- Moreno, P., & Roales-Nieto, J. G. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- MSPAS. (2010). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida*. (p. 61). Gobierno de Guatemala, CONASIDA. Recuperado a partir de http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guatemala/hiv_plan_guatemala.pdf
- Nelson, J. L. (2012). Still quiet after all these years : revisiting «the silence of the bioethicists». *Journal of Bioethical Inquiry*, 9(3), 249-259. <https://doi.org/10.1007/s11673-012-9377-8>
- Newman, B. S., & Muzzonigro, P. G. (1993). The effects of traditional family values on the coming out process of gay male adolescents. *Adolescence*, 28(109), 213-226.
- Newport, F., & Himelfarb, I. (2013). In U.S., Record-High Say Gay, Lesbian Relations Morally OK. Recuperado 9 de junio de 2016, a partir de <http://www.gallup.com/poll/162689/record-high-say-gay-lesbian-relations-morally.aspx>
- OTRANS. (2015, octubre 16). ¡Vamos ya! por una Estrategia Integral para la salud de las personas Trans. Recuperado 16 de junio de 2016, a partir de <http://otrans.blogspot.com/2015/10/vamos-ya-por-una-estrategia-para-la.html>
- Overhage, J. M., & Overhage, L. M. (2013). Sensible use of observational clinical data. *Statistical Methods in Medical Research*, 22(1), 7-13. <https://doi.org/10.1177/0962280211403598>
- Paniagua, W. O. (2016). Percepciones y prácticas en torno a los síndromes culturales que afectan a neonatos y lactantes del grupo etnolingüístico q'eqchi'. *Revista de Estudios Interétnicos*, 27, 7-24.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 733-739. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1137-5>
- Pérez, G., Martí-Pastor, M., Gotsens, M., Bartoll, X., Diez, E., & Borrell, C. (2015). Salud y conductas relacionadas con la salud según la atracción y la conducta sexual. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 135-138. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.013>
- Perloff, L. S., & Fetzer, B. K. (1986). Self–other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 502-510. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.502>
- Perloff, R. M. (2006). Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health: Theoretical and Empirical Perspectives. *American Behavioral Scientist*, 49(6), 835-852. <https://doi.org/10.1177/0002764205283804>

- Pickles, D., King, L., & Belan, I. (2009). Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: thematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(11), 2262-2273. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05128.x>
- Pike, K. (1967). *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. De Gruyter Mouton.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, *84*, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- PSI Research Division. (2009). *GUATEMALA (2009): Estudio TRaC de VIH/SIDA Hombres que tienen sexo con otros Hombres en Guatemala, Quetzaltenango, Suchitepéquez e Izabal*. (p. 49). Guatemala [City]: PASMO. Recuperado a partir de <http://www.asociacionpasmo.org/pdf/trac/HSH/GuatemalaHSHSMRS2009.pdf>
- Reisner, S. L., White, J. M., Bradford, J. B., & Mimiaga, M. J. (2014). Transgender Health Disparities: Comparing Full Cohort and Nested Matched-Pair Study Designs in a Community Health Center. *LGBT Health*, *1*(3), 177-184. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0009>
- Robin, L., Brener, N. D., Donahue, S. F., Hack, T., Hale, K., & Goodenow, C. (2002). Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(4), 349-355.
- Rogler, L., & Cortes, D. (1993). Help-seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *The American Journal of Psychiatry*, *150*(4), 554-561.
- Rondahl, G. (2009). Students inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *6*, Article11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. *American Journal of Public Health*, *99*(4), 713-719. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the Face of Adversity: Resilience Strategies of Transgender Individuals. *Journal of Counseling & Development*, *89*(1), 20-27. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x>
- Sluzki, C. E. (1979). Migration and Family conflict. *Family Process*, *18*(4), 379-390.
- Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*, *28*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1037/a0019061>
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2015). *Focus groups: theory and practice* (Third edition). Los Angeles: SAGE.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>

Unger-Saldaña, K., & Infante-Castañeda, C. B. (2011). Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behaviour. *Social Science & Medicine*, 72(7), 1096-1104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.022>

Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93(2), 200-208.

11. Tablas de Referencia al Texto

Tabla 8.1.a Características de la muestra por código de referencia

CODIGO	Residencia	Identidad	Edad	Etnicidad	Escolaridad
GTH01	Guatemala	HSH	30	Maya / indígena	Primaria
GTH02	Guatemala	HSH	44	Ladino	Universidad
GTH03	Guatemala	HSH	21	Ladino	Diversificado
GTH04	Guatemala	HSH	27	Ladino	Universidad
GTT05	Guatemala	Mujer Trans	26	Ladino	Básico
GTH06	Guatemala	HSH	26	Ladino	Universidad
GTH07	Guatemala	HSH	20	Ladino	Universidad
GTT08	Guatemala	Mujer Trans	17	Mestizo	Primaria
GTH09	Guatemala	HSH/Trans	47	Ladino	Primaria
GTH10	Guatemala	HSH	21	Mestizo	Universidad
GTH11	Guatemala	HSH	29	Mestizo	Básico
GTH12	Guatemala	HSH	31	Ladino	Básico
GTH13	Guatemala	HSH	33	Maya / indígena	Universidad

GTT14	Guatemala	Mujer Trans	32	Mestizo	Básico
GTH15	Guatemala	HSH	21	Ladino	Universidad
GTT16	Guatemala	Mujer Trans	44	Ladino	Primaria
GTT17	Guatemala	Mujer Trans	23	Mestizo	Básico
GTT18	Guatemala	Mujer Trans	28	Ladino	Básico
GTT19	Guatemala	Mujer Trans	34	Extranjero	Básico
GTT20	Guatemala	Mujer Trans	24	Otro	Diversificado
GTT21	Guatemala	Mujer Trans	21	Mestizo	Básico
GTT22	Guatemala	Mujer Trans	31	Otro	Diversificado
GTT23	Guatemala	Mujer Trans	27	Extranjero	Diversificado
GTT24	Guatemala	Mujer Trans	23	Mestizo	Diversificado
EH25	Escuintla	HSH	63	Ladino	Primaria
EH26	Escuintla	HSH	42	Mestizo	Primaria
ET27	Escuintla	Mujer Trans	42	Otro	Primaria
EH28	Escuintla	HSH	42	Mestizo	Universidad
ET29	Escuintla	Mujer Trans	19	Ladino	Universidad
EH30	Escuintla	HSH	21	Ladino	Diversificado
ET31	Escuintla	Mujer Trans	20	Ladino	Diversificado
ET32	Escuintla	Mujer Trans	22	Ladino	Diversificado
EH33	Escuintla	HSH	32	Ladino	Universidad
ET34	Escuintla	Mujer Trans	24	Ladino	Básico
ET35	Escuintla	Mujer Trans	25	Ladino	Básico
ET36	Escuintla	Mujer Trans	35	Ladino	Primaria
ET37	Escuintla	Mujer Trans	22	Ladino	Diversificado
ET38	Escuintla	Mujer Trans	39	Mestizo	Diversificado
EH39	Escuintla	HSH	26	Ladino	Diversificado
ET40	Escuintla	Mujer Trans	23	Maya / indígena	Diversificado
EH41	Escuintla	HSH	21	Ladino	Diversificado
ET42	Escuintla	Mujer Trans	19	Mestizo	Diversificado
EH43	Escuintla	HSH	29	Ladino	Diversificado
EH44	Escuintla	HSH	29	Ladino	Universidad
EH45	Escuintla	HSH	23	Ladino	Universidad
EH46	Escuintla	HSH	29	Ladino	Universidad
ET47	Escuintla	Mujer Trans	31	Ladino	Universidad
ET48	Escuintla	Mujer Trans	22	Mestizo	Diversificado
EH49	Escuintla	HSH	18	Ladino	Universidad
GTT50	Guatemala	Mujer Trans	44	Ladino	Universidad

12. Anexos

Anexo 1. Instrumentos Empleados en la Investigación

Anexo 1-1 Entrevista a Profundidad

Construcción de identidad sexual, redes de apoyo y determinantes sociales de búsqueda de atención en salud

Entrevistador: _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Código persona entrevistada: _____ Edad: _____ Identidad de género : _____

Etnicidad: _____

Introducción

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su historia personal, las ideas que usted tiene en cuanto a la formación de su identidad sexual y los factores que facilitan o inhiben la búsqueda de atención de servicios de salud. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor siéntase libre de expresar sus opiniones e ideas. Antes de empezar, quiero leerle el siguiente documento de consentimiento informado (entregar una copia). Si desea participar, me gustaría hacerle algunas preguntas básicas.

Información social y demográfica

i. Lugar general de residencia (No datos domiciliarios): _____

ii. Religión

Católica	Evangélica	Testigo Jehová	de	Budista	Otra:	Ninguna
----------	------------	-------------------	----	---------	-------	---------

iii. Religiosidad

No religioso (1)	Poco religioso (2)	Moderado (3)	Fuerte (4)	Muy fuerte (5)
------------------	--------------------	--------------	------------	----------------

iv. Religión predominante en su familia

Católica	Evangélica	Testigo Jehová	de	Budista	Otra:	Ninguna
----------	------------	-------------------	----	---------	-------	---------

v. Estado Civil

--

vi. Hijos e hijas

--

vii. Personas con las que reside en su unidad doméstica (Describir)

--

viii. Educación (Detalle la lado máximo grado alcanzado)

Primaria	Secundaria	Bachillerato	Universitaria	Posgrado
Alfabeta	Analfabeta			

ix. Ocupación

Ocup. Primaria:	Ocup. Secundaria:
¿Cuál es su fuente primaria de generación de ingresos?	

Historia personal y experiencia

Le haré algunas preguntas sobre su proceso y experiencia personales en su proceso de definición de identidad sexual. Estas preguntas nos ayudarán a entender cómo viven este proceso otras personas, incluyendo posibles fuentes de apoyo social y otros recursos que hayan sido importantes en su proceso.

1. ¿Puede contarme a qué edad empezó a notar que su orientación sexual difería de la sexualidad heterosexual? ¿Cuándo lo notó por primera vez?
2. ¿Cómo afectó ese proceso la etapa del desarrollo por la que estaba pasando (pubertad, adolescencia, adultez temprana, adultez intermedia)? ¿Cómo cree que la edad que usted tenía ayudó o dificultó el proceso de definir su identidad sexual?
3. ¿Con quién lo discutió por primera vez? ¿Qué respuesta le dio esta persona?
4. ¿Quiénes fueron las personas clave en este proceso? ¿Cómo le ayudaron o dificultaron el proceso?
5. ¿Cómo ha afectado su orientación sexual sus relaciones con miembros de su familia o comunidad?
6. ¿Considera que su familia le ha dado un apoyo adecuado?
7. ¿Considera que su familia pudo haber hecho más para ayudarle? ¿Cómo es su relación con ellos actualmente?

8. ¿Hace cuánto fue que usted definió su identidad sexual actual?
9. ¿Quiénes considera usted que conforman su círculo más cercano? (Describir, establecer número aproximado de individuos que lo conforman).
10. ¿Hay personas que se autoidentifican como usted dentro de su círculo cercano? (Estimar número).
11. ¿Las personas en su círculo cercano conocen su identidad sexual? (Estimar número o proporción).
12. ¿Cómo le hace sentir esto? (Explorar aprobación vs desaprobación, confianza, identidad, animosidad, temor).
13. ¿Qué tipo de apoyo representa para usted este círculo cercano en su vida diaria?
14. ¿Cómo influencia en sus decisiones personales lo que piensen, digan y recomienden sus amigos de este círculo cercano? (Explorar dimensión de búsqueda de pareja, comportamientos de riesgo, atención en salud)
15. ¿Todas las personas (Homosexuales/TRANS) son iguales, o hay diferencias? Cuáles? Explorar categorías émicas y éticas.
16. ¿Conoce organizaciones que apoyen a personas homosexuales o transgénero en el proceso de definición de identidad sexual?
Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
17. ¿Conoce organizaciones que apoyen a personas homosexuales o transgénero proveyendo servicios de salud?
Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
18. ¿Conoce organizaciones que apoyen a personas homosexuales o transgénero proveyendo servicios de salud mental?
Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____
19. ¿Buscó o ha buscado ayuda médica en alguna organización específica en los últimos 5 años? (Si hay mas de una, repetir las preguntas 20-23 para cada una).
Sí ___ No ___ ¿Por qué?

20. ¿Qué tipo de apoyo le han proveído? (Explorar)
 ___ Económico ___ Informativa ___ Espiritual ___ Social ___ Seguridad ___ Emocional
21. ¿Quién le sugirió esta institución o cómo llegó a ella?
22. ¿Quién le acompañó en su primera visita?
23. ¿Aún asiste? ¿Qué tan seguido? ¿Qué tipo de actividades realiza en la institución?
24. ¿Cuál es su lugar de preferencia para obtener servicios de salud? ¿Por qué?
25. ¿Qué tan seguido asiste usted a instituciones que proveen servicios de salud? ¿Cuál fue el motivo de consulta? ¿Cuándo fue la última vez que asistió? ¿y la vez anterior a esa? (Reconstruir si es posible cronología de los dos casos últimos de consulta).

Caso 1:			
Fecha	Proveedor Serv Salud	Sistema de soporte	Resultado
a.			
b.			
c.			
D			
e.			(Hasta resolución final, o en proceso hasta hoy)

Caso 2:			
Fecha	Proveedor Serv Salud	Sistema de soporte	Resultado
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			(Hasta resolución final, o en proceso hasta hoy)

26. ¿Cómo fue su experiencia la última vez que acudió a un centro de salud o clínica pública?
27. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar a que le atendieran? ¿La velocidad de atención afecta su decisión de asistir al servicio de salud? Hay otros factores que para usted sean importantes al

determinar asistir o no al servicio de salud? (Explorar horarios de atención, incomodidad por ser observado por otros pacientes, factores socioculturales, factores económicos).

28. ¿Cómo se comportó el personal? ¿Se sintió bienvenido? Explorar *percepción* de abuso, maltrato, marginación, estigma, mala calidad en el servicio debido a identidad sexual.
29. ¿De qué forma afecta su relación con el personal del servicio de salud la decisión de regresar a dicho? Explorar positivo y negativo.
30. En alguna de estas visitas se realizó usted una prueba de VIH/SIDA? Explorar cuándo fue la primera vez que hizo una prueba. Si nunca ha hecho una, explorar razones.
Sí ___ No ___ Fecha _____
31. ¿Qué tan seguido se realiza usted una prueba de VIH? ¿Qué determina la frecuencia con la que se hace la prueba? Explorar patrones de comportamiento y causalidad: esporádico, sistemático, causa-efecto, post comportamiento de riesgo.
32. ¿Qué institución prefiere usted para realizarse esta prueba? ¿Por qué?
33. ¿Cuál es la logística para realizarse una prueba, me puede decir los pasos que debe seguir?
34. ¿Ha tenido usted alguna experiencia negativa al realizarse o buscar una prueba de VIH? Explique.
35. ¿Qué factores facilitarían que usted se hiciera la prueba de VIH más seguido?
36. ¿Qué factores dificultan que usted se realice la prueba más seguido?
37. ¿Usted sabe cómo se interpretan los resultados que le dan al hacerse la prueba? Explorar claridad, comprensión. ¿Quién se los explica?
38. ¿Sabe usted cuáles son las implicaciones de que la prueba salga positiva? ¿Me puede explicar? Explorar comprensión de búsqueda de tratamiento (retrovirales), accesibilidad al mismo, interés en el mismo, percepción de longevidad.
39. ¿Conoce su estado serológico actual? Quiere compartirlo? (En caso de ser VIH negativo, saltarse preguntas 42 y 43) Recuerde al participante que NO es obligatorio compartir su estado, pero Si el sujeto comparte su estado, informe que será tratado confidencialmente. Entonces pregunte si su familia cercana, amigos y empleador conocen su estado serológico.

40. ¿Ha considerado hacerse la prueba de VIH como una rutina saludable? Explorar si a la persona le preocupa contagiarse o, en un futuro hipotético, contagiar a otros (categorías de intención: extraños, ser querido).
41. ¿Usted recomienda a su círculo cercano hacerse la prueba rutinariamente? O se lo recomiendan ellos a usted? Explorar construcción grupal de preferencia, deseabilidad, efectividad, ganancia entorno a la prueba.
42. ¿Está actualmente bajo tratamiento de VIH? Pedir descripción detallada de medicamentos, dosis, tiempos, aplicación, soporte, estado, etc. ¿Hay algo respecto a su tratamiento que usted no logre entender aún? Explorar.
43. ¿Hay alguna barrera para apegarse a su tratamiento? Describir.

Efectos Negativos

44. ¿Cómo le ha afectado su orientación sexual o su estado serológico en su capacidad para ganar dinero, o ha causado esto la pérdida de fuentes de ingreso para usted u otros miembros de su familia?
45. ¿Se siente o se ha sentido menos debido a su orientación sexual? Explique.
46. ¿Considera que sus familiares o amigos piensan que usted vale menos debido a su orientación sexual? / Pregunta dependiente (35): ¿O a su estado serológico?
47. ¿Hay personas que le evitan debido a su orientación sexual? / Pregunta dependiente (35): ¿O a su estado serológico?
48. Si fuera posible, ¿preferiría usted mantener su orientación sexual en secreto? Explique.

Comportamiento sexual de riesgo

49. ¿Tiene usted una sola pareja con la que mantiene una relación amorosa-sexual exclusiva (monógama)? Explorar.
50. Durante los últimos seis meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? ¿En qué contexto se dio el encuentro?
51. Para las últimas 3 parejas sexuales:
- Género
 - Edad
 - Etnia

- d. Pareja regular ____ Pareja ocasional _____
- e. Uso de condón Sí ____ No _____

52. ¿Alguna vez ha recibido compensación en dinero o especie por mantener relaciones sexuales?
53. ¿Utiliza condón en estos casos? Explorar qué piensa de usar preservativos como medio de prevención de contagio de enfermedades venéreas, tanto con su pareja regular como con parejas esporádicas. Factores limitantes. Presión de pareja o de grupo.
54. La última vez que mantuvo relaciones sexuales, ¿consumió alcohol o drogas? Explorar contexto (fiesta, casa, trabajo) y presión de pareja o de grupo. ¿Perdió la lucidez o el conocimiento en esa oportunidad?
55. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguien que se inyectaba drogas? ¿Le preocupó su salud en ese momento? (Explorar percepción de conductas de riesgo)
56. ¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la salud, como un médico o una enfermera, que tenía alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?
- a. Herpes genital
 - b. Gonorrea
 - c. Clamidia
 - d. Sífilis
 - e. Infección (anal)
 - f. Tricomoniasis
 - g. Hepatitis B
 - h. Pediculosis (o piojos)
 - i. Condiloma (verrugas, VPH)
 - j. Enfermedad de inflamación de la pelvis
 - k. VIH/sida
 - l. Otra _____
 - m. No, ninguna de las anteriores
57. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
- a. Dolor al orinar o ganas de orinar muy frecuentes
 - b. Dolores o ampollas en los órganos genitales

- c. Verrugas en los órganos genitales
- d. Goteo o secreción del pene o en área genital

58. Considera que esto amerita chequeo médico y tratamiento?

59. Alguna vez ha escuchado sobre las pruebas de VIH Autoadministradas? Explicar. ¿Qué piensa de esto, cree que haría más fácil que las personas se hicieran la prueba más a menudo? ¿Qué problemas se le ocurre que esta autoprueba podría traer?

Anexo 1-2 Cuestionario MOS de Vulnerabilidad Percibida

CUESTIONARIO EN ESCALAS (Vulnerabilidad percibida)

A continuación se presentan una serie de enunciados sobre situaciones potencialmente tensas. Las leeré y usted indicará el nivel de estrés o tensión (1=poco, 2=moderado, 3=severo) que ésta le ha producido si la ha experimentado. De lo contrario, indique que no ha sucedido o no le genera tensión (0). (Para población trans, saltarse secciones en gris).

		No ha sucedido	Poco estrés	Estrés moderado	Estrés severo
1	Presentar a mi pareja en mi familia.	0	1	2	3
2	Que mis amigos heterosexuales se enteren de mi orientación sexual.	0	1	2	3

3	Salir con alguien que es abiertamente gay/Trans	0	1	2	3
4	Que las personas de mi trabajo se enteren de que soy homosexual.	0	1	2	3
5	Buscar servicios en el centro de salud más cercano.	0	1	2	3
6	Discriminación en servicios de salud mental debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
7	Discriminación para arrendar o ser inquilino debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
8	Falta de seguridad en el trabajo por que soy homosexual/ Trans.	0	1	2	3
9	Esconder mi orientación sexual de otras personas.	0	1	2	3
10	El posible rechazo que puedo encontrar al compartir mi orientación sexual.	0	1	2	3
11	Salir en público con grupos de homosexuales/ Trans.	0	1	2	3
12	Las expectativas de mi familia y amigos que no saben que soy homosexual y esperan que me case con una persona del sexo opuesto.	0	1	2	3
13	Mantener en secreto mi orientación sexual.	0	1	2	3
14	Asistir a un hospital público.	0	1	2	3
15	Hacerme exámenes de laboratorio.	0	1	2	3
16	Debido a mi orientación sexual, no contar con apoyo de mi familia.	0	1	2	3
17	Trabajar en un ambiente homofóbico.	0	1	2	3
18	El hecho de que mi familia ignora mi orientación sexual.	0	1	2	3
19	Tener a mi familia y pareja en el mismo lugar.	0	1	2	3
20	Hablar con amigos heterosexuales sobre mi orientación sexual.	0	1	2	3
21	Los rumores que puedan circular sobre mi en el trabajo debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
22	Hablar con mis familiares sobre mi orientación sexual.	0	1	2	3
23	Pérdida de trabajo por la orientación sexual.	0	1	2	3
24	Discriminación en servicios sociales debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3

25	Inabilidad para conseguir trabajo por mi orientación sexual.	0	1	2	3
26	El sentimiento de que siempre debo probarme a mi mismo en el trabajo por mi orientación sexual	0	1	2	3
27	Estar sentado en la sala de espera llena de un hospital público.	0	1	2	3
28	El miedo de ser atacado por mi orientación sexual.	0	1	2	3
29	Los límites que yo he puesto a mi actividad sexual debido al SIDA.	0	1	2	3
30	La falta de garantías y derechos constitucionales debido a la orientación sexual.	0	1	2	3
31	Mi familia muestra demasiado interés en mi vida sexual.	0	1	2	3
32	Necesidad de actuar con precaución cuando salgo con alguien debido al SIDA.	0	1	2	3
33	Que las personas que trabajan en el centro de salud/hospital (enfermeras/os, doctoras/es, recepcionistas) me traten diferente debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
34	Sentir que mi familia tolera, pero no acepta mi orientación sexual.	0	1	2	3
35	Que el personal de salud haga bromas a mis espaldas debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
36	No ser atendido en un hospital público debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
37	Rechazo por parte de mis hermanas y hermanos.	0	1	2	3
38	Acoso en el trabajo por mi orientación sexual.	0	1	2	3
39	La potencial pérdida de trabajo debido a la orientación sexual.	0	1	2	3
40	El miedo de que me de VIH o SIDA.	0	1	2	3
41	Perder amigos debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
42	La espera de resultados en un centro de salud.	0	1	2	3
43	He experimentado rechazo por parte de mi familia debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3

44	Ha habido distanciamiento entre mi familia y yo por mi orientación sexual.	0	1	2	3
45	Estar "expuesto" como homosexual.	0	1	2	3
46	Me causa estrés la falta de comprensión en mi familia sobre mi orientación.	0	1	2	3
47	Ataques físicos debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
48	La amenaza constante de violencia debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
49	La necesidad constante de tener cuidado para evitar violencia anti-homosexual dirigida hacia mi persona.	0	1	2	3
50	Sentimientos encontrados sobre mi orientación sexual.	0	1	2	3
51	La posibilidad de experimentar violencia cuando estoy afuera con un grupo de homosexuales.	0	1	2	3
52	Tener que ir de una institución a otra buscando servicios de salud.	0	1	2	3
53	Miedo de que mis amigos estén en riesgo de contraer VIH.	0	1	2	3
54	Asistir a la clínica de un médico privado.	0	1	2	3
55	Tener que pensar constantemente sobre el 'sexo seguro'.	0	1	2	3
56	Acoso debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
57	Que me insulten debido a mi orientación sexual.	0	1	2	3
58	La falta de aceptación de los gays/Trans en la sociedad.	0	1	2	3
59	Los costos asociados a los servicios privados de salud.	0	1	2	3
60	La ignorancia de algunas personas con respecto de la homosexualidad/ Trans.	0	1	2	3
61	Dificultad para conocer gente debido a la preocupación sobre el VIH.	0	1	2	3
62	Vergüenza y culpa por ser homosexual/Trans.	0	1	2	3
63	Conflicto entre mi auto imagen y la imagen que la sociedad tiene de las personas homosexuales/Trans.	0	1	2	3
64	Dificultad para encontrar alguien a quien amar.	0	1	2	3
65	La imagen que algunos grupos homosexuales muy visibles crean de todo el grupo.	0	1	2	3

66	Dificultad para aceptar mi orientación sexual.	0	1	2	3
67	La falta de voluntad de mi familia de aceptar a mi pareja.	0	1	2	3

Anexo 1-3 Cuestionario MOGS de Redes de Apoyo Social

CUESTIONARIO MOS EN ESCALAS (Apoyo social)

Aproximadamente, ¿Con qué frecuencia amigos íntimos o familiares cercanos le han ayudado en situaciones descritas en cada uno de los enunciados? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Enunciado	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre	¿Quién? ¿Relación?
2. Alguien que le haya ayudado cuando tenía que estar en reposo.	1	2	3	4	5	
3. Alguien con quien pueda hablar de cualquier cosa	1	2	3	4	5	
4. Alguien que le aconseje	1	2	3	4	5	
5. Alguien que lo acompañe con el médico	1	2	3	4	5	
6. Alguien que sea cariñoso con usted	1	2	3	4	5	
7. Alguien con quien le guste estar	1	2	3	4	5	
8. Alguien que le de información y le explique cosas	1	2	3	4	5	
9. Alguien de mucha confianza	1	2	3	4	5	
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5	
11. Alguien para relajarse	1	2	3	4	5	
12. Alguien que le atienda cuando usted no puede	1	2	3	4	5	
13. Alguien que valore mucho su opinión	1	2	3	4	5	
14. Alguien con quien hacer cosas que le entretengan y le despejen su mente	1	2	3	4	5	
15. Alguien que le ayude en la casa o con su trabajo cuando usted está enfermo (a)	1	2	3	4	5	
16. Alguien con quien puede hablar de sus miedos o de sus problemas personales	1	2	3	4	5	
17. Alguien que le de consejo para resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5	
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5	
19. Alguien que lo comprenda	1	2	3	4	5	
20. Alguien que usted quiera mucho y se lo demuestre	1	2	3	4	5	

21. Alguien que le ayude económicamente.	1	2	3	4	5	
22. Alguien que rece/ore por usted	1	2	3	4	5	
23. Alguien que le de comida a ud y su familia	1	2	3	4	5	
24. Alguien que sepa moverse en la capital	1	2	3	4	5	
25. Alguien que le dedique tiempo	1	2	3	4	5	
26. Alguien que se preocupe por usted	1	2	3	4	5	
27. Alguien que la acompañe a rezar	1	2	3	4	5	
28. Alguien que le de ánimo	1	2	3	4	5	
29. Alguien que le llame para saber cómo esta	1	2	3	4	5	
30. Alguien que le cuide a sus hijos o su casa	1	2	3	4	5	

Anexo 2. Consentimientos Informados

Entregados en formato físico junto a este reporte. Confidenciales.

Anexo 3. Transcripciones de Entrevistas

Entregadas en formato digital junto a este reporte.

Anexo 4 . Audios Originales

Entregados en formato digital junto a este reporte.