



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL  
COMPONENTE COMUNITARIO DE UN  
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL VIH  
PARA HOMBRES GAY (HG) Y MUJERES  
TRANS (MT) EN LIMA SUR**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA

WENDY PIERINA HAMASAKI REYES

LIMA – PERÚ

2022



## **MIEMBROS DEL JURADO**

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

**Presidenta**

Mg. Vivian Landazuri Wurst

**Vocal**

Mg. Carolina Jesusa Mayorca Castillo

**Secretaría**

**ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

Mg. Jorge Manuel Mendoza Castillo

## **DEDICATORIA**

Me gustaría dedicar el presente trabajo a todas las personas que luchan a favor de la valoración y el respeto a la diversidad, y de la garantía de los derechos humanos de absolutamente todas las personas sin distinción.

¡Por un mundo radicalmente plural, donde todas las voces sean escuchadas!

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todas las personas que me acompañaron durante la elaboración del presente trabajo.

¡Gracias por no dejarme desistir!

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
<b>1. CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO.....</b>	<b>2</b>
1.1. Descripción de la institución.....	2
1.2. Puesto desempeñado.....	8
1.3. Delimitar el área de trabajo.....	10
<b>2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1. Bases teóricas.....	11
2.2. Estudios a nivel nacional e internacional.....	24
<b>3. CAPÍTULO III. METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
3.1. Contextualización del problema.....	29
3.1.1. Problema de estudio.....	29
3.1.2. Estrategias de evaluación y medición de la problemática.....	31
3.1.3. Procedimiento de la evaluación.....	32
3.1.4. Diagnóstico del problema: Reporte.....	32
3.2. Intervención.....	33
3.2.1. Problema delimitado.....	33
3.2.2. Objetivos de la intervención.....	34
3.2.3. Técnicas.....	34
3.2.4. Ejecución.....	36
3.2.4.1. Descripción del plan de intervención.....	36
3.2.4.2. Consideraciones éticas.....	38

3.2.5. Indicador(es) de logro.....	39
3.2.6. Monitoreo y evaluación de la intervención.....	40
<b>4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
4.1. Resultados.....	41
4.1.1. Descripción de los resultados hallados.....	41
4.1.2. Análisis de los resultados.....	45
4.2. Reflexión de la experiencia.....	47
4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	47
4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados.....	47
4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	48
4.2.4. Demandas profesionales requeridas.....	51
4.2.5. Autoevaluación y autocrítica.....	52
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>



## **RESUMEN**

El presente trabajo evalúa y analiza desde un enfoque cualitativo el componente comunitario de un programa de prevención del VIH para hombres gay (HG) y mujeres trans (MT) en Lima Sur. Este componente comunitario contempló todos los lineamientos teóricos y los elementos centrales de abordaje del modelo estadounidense de prevención del VIH: “Mpowerment”. Los resultados evidenciaron que hubo impacto positivo en los participantes HG/MT, y que incluir estrategias de empoderamiento y movilización comunitaria en propuestas para la prevención del VIH en Perú podría ser pertinente y óptimo.

**PALABRAS CLAVES:** Prevención VIH, componente comunitario, hombres gay, mujeres trans

## **ABSTRACT**

This paper evaluates and analyzes from a qualitative approach the community-level intervention of an HIV prevention program for gay men (GM) and transgender women (TW) in the southern part of Lima. This community-level intervention was based on seven guiding principles and core elements of the American model for HIV prevention "Empowerment". The results evinced that there was a positive impact on GM/TW participants, and that including community empowerment and mobilization strategies in proposals for HIV prevention in Peru could be pertinent and optimal.

**KEYWORDS:** HIV prevention, community-level intervention, gay men, transgender women

## INTRODUCCIÓN

La presente experiencia laboral se ha titulado “*Evaluación cualitativa del componente comunitario de un programa de prevención del VIH para hombres gay (HG) y mujeres trans (MT) en Lima Sur*”, y tuvo como finalidad evaluar y analizar el componente comunitario de un programa de prevención del VIH para hombres gay (HG) y mujeres trans (MT) en Lima Sur.

Considerando que en casi todos los países de América Latina la prevalencia del VIH es significativa en población HG y MT, a consecuencia de, diversas situaciones de vulnerabilidad que deben enfrentar, inequidades estructurales, sociales y sanitarias; al ocurrir esto de manera similar en Perú; se diseñó e implementó un abordaje a nivel comunitario tomando en cuenta los lineamientos teóricos y los elementos centrales del modelo estadounidense de prevención del VIH: “*Mpowerment*”, en un contexto ubicado en Lima Sur.

Cabe destacar que, los últimos siete meses de ejecución del programa, se dieron durante la pandemia COVID-19 que afectó gravemente a Perú. Esto implicó adaptar actividades presenciales del componente comunitario a la modalidad virtual.

## **1. CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO**

### **1.1. Descripción de la institución**

Por consideraciones y aspectos éticos se mantendrá el anonimato de la institución en el presente capítulo y en los próximos apartados, con la finalidad de, respetar la privacidad de los colaboradores de la entidad y salvaguardar la confidencialidad de los participantes de la intervención en mención.

#### ***Nombre de la institución***

“*Centro de Investigación*” – de una universidad privada de Lima Metropolitana

#### ***Visión***

La visión de la institución es:

Constituirse en un espacio de referencia nacional, regional y global en investigación interdisciplinaria sobre VIH/SIDA, sexualidad y salud sexual, considerando las perspectivas sanitaria, sociocultural, y de derechos humanos, que articule investigación de primer nivel, que contribuya al fortalecimiento de la capacidad institucional de desarrollar investigación; que ofrezca apoyo técnico si este es solicitado; que contribuya a la formación de nuevos investigadores dentro y fuera del país; y que aporte al debate sobre políticas públicas basadas en evidencia en el Perú y en el contexto internacional.

#### ***Misión***

La misión de la institución es:

Reforzar la imagen de la universidad como institución líder en investigación interdisciplinaria en las temáticas de sexualidad, VIH/SIDA y sociedad, contribuyendo

con el desarrollo de investigación y formación interdisciplinaria, y formulación de políticas públicas basadas en evidencias sobre los temas que aborda, en un marco de derechos humanos, priorizando la inclusión social de las poblaciones vulnerables y afectados por la epidemia de VIH, e identificando los principales aportes que la lucha contra la epidemia del VIH puede realizar al campo de la salud pública y el desarrollo.

### ***Valores***

Los valores de la institución son:

- Profesionalidad y trabajo en equipo interdisciplinar.
- Compromiso y responsabilidad con las personas.
- Ética, dignidad y respeto.
- Justicia e igualdad.
- Creatividad e innovación.
- Calidad, mejora continua y transparencia.

### ***Objetivos de la institución***

#### ***- General***

Articular y promover actividades de investigación, formación e interacción colaborativa con grupos académicos, la cooperación técnica y la sociedad civil a nivel local, regional y global en salud sexual y VIH/SIDA desde perspectivas sanitarias, socioculturales y de derechos humanos, con enfoque interdisciplinario, para contribuir a mejorar la base de evidencia que guía las políticas públicas en temas dentro y fuera del país; y aportar al fortalecimiento institucional de la universidad a través de la consolidación de su experiencia reconocida en estos temas, y de su capacidad para formular, implementar y administrar investigaciones.

- ***Específicos***

○ ***Investigación***

Continuar desarrollando investigación interdisciplinaria en VIH y salud sexual en colaboración con socios regionales y globales de excelencia y, en coordinación con docentes de la universidad; potenciar líneas de investigación más recientes, ya iniciadas, como la de aplicaciones de la biología molecular al estudio y diagnóstico de VIH e ITS; impulsar el desarrollo de investigación en estos temas en los campos de psicología, enfermería y educación; e impulsar la colaboración interdisciplinaria con equipos de medicina, estomatología y salud pública en las diversas facultades de la universidad.

○ ***Formación***

Fortalecer la capacidad de la universidad para desarrollar investigación poblacional interdisciplinaria en VIH; y desarrollar programas externos en formación en sexualidad, salud sexual y VIH/SIDA. En la medida de lo posible, esto apoyará de manera más amplia el fortalecimiento de la capacidad de la universidad para identificar el interés temprano de los estudiantes en investigación en general, y estructuración de canales para que la investigación sea vista como actividad central de carrera; también, fortalecimiento de la capacidad de la universidad para administrar e investigaciones regulares en su interior. En el momento actual, el Centro de Investigación coordina y desarrolla el Diplomado en Sexualidad, Derechos Humanos y Políticas en Educación y Salud, en la Escuela de Posgrado de la universidad.

○ ***Interacción Academia-Sociedad Civil-Estado***

Desarrollar y establecer canales para una relación más fluida entre universidad, sociedad civil y Estado en temas relacionados con Sexualidad, VIH/SIDA y sociedad, particularmente para fomentar el uso de evidencia en la promoción de mejores políticas

públicas, e igualmente para informar la investigación a partir de las demandas y necesidades enviadas en el seno de la sociedad civil, particularmente de los grupos en situación de vulnerabilidad.

- ***Interacción con Actores Globales***

Organizar y visibilizar la actividad académica de la universidad en VIH, sexualidad y salud sexual como una fortaleza institucional. Asimismo, formalizar, desarrollar y difundir los vínculos de la universidad con centros y actores de relevancia internacional en estos temas, buscar oportunidades para el desarrollo de programas de investigación y formación colaborativos, y brindar apoyo técnico si éste es requerido.

### ***Análisis FODA de la institución***

- ***Fortalezas***

- Personal altamente calificado, con reconocimiento nacional e internacional.
- Equipo de trabajo interdisciplinario.
- Respeto social y credibilidad.
- Ser referente para opinión técnica para algunas políticas públicas.
- Redes sociales y plataformas digitales propias para la difusión de contenidos.
- Laboratorio con experiencia en la realización de estudios en VIH/ITSs.
- Herramientas virtuales desarrolladas para brindar capacitaciones.
- Observatorio de Derechos LGBT desde el 2012.
- Convenios con múltiples instituciones nacionales e internacionales.
- Experiencias exitosas de intervenciones con instituciones públicas.
- Valoración positiva de las autoridades de la Universidad.

- ***Oportunidades***

- Investigadores extranjeros muestran interés por el trabajo preventivo desarrollado por la institución.
- Espacios de concertación interinstitucional a nivel nacional e internacional que fortalecen el trabajo preventivo de la institución.
- Integración y contacto con redes de instituciones nacionales e internacionales para la difusión y divulgación de la producción científica de la institución.
- Comunidad LGBT dispuesta al trabajo preventivo bajo un enfoque de derechos.
- Interés y compromiso de actores del sector público y privado en recibir capacitación sobre temas relacionados a sexualidad, género, DD. HH., salud sexual, etc.
- Existencia de programas nacionales de salud pública que priorizan el trabajo con la comunidad LGBT.

- ***Debilidades***

- Ausencia de capacitaciones o prácticas de desarrollo para los colaboradores al interior de la organización.
- Falta de un organigrama o una herramienta visual para poder distinguir áreas de trabajo o estructura organizativa.
- No existe mucho trabajo colaborativo entre centros de investigación dentro de la universidad.
- Ausencia de actividades para fortalecer el clima y la cultura organizacional.



- Mejorar los mecanismos/procesos al momento de recibir nuevos colaboradores.
- Mejorar la comunicación interna entre los equipos de los diversos proyectos de investigación.
- Mejorar algunos aspectos de infraestructura en el Laboratorio.
- Falta actualizar la información y el contenido de la página web del Centro.
- Mejorar las búsquedas de financiamiento para proyectos de investigación.
- Reforzar/actualizar las redes de colaboración existentes.

- ***Amenazas***

- Falta de articulación entre las organizaciones que apoyan a la población LGBT, dificultando el trabajo colaborativo.
- Falta de prioridad a nivel de país en temas relacionados a sexualidad, género, diversidad, DD. HH., salud sexual, etc.
- Inseguridad y dificultades en la gestión de los programas del Estado debido a problemas políticos y de gobernabilidad.
- Presencia de la pandemia COVID-19 afectó la ejecución y sostenibilidad financiera del programa.
- Desinformación y confusión debido a la circulación de información diversa y poco confiable sobre los temas trabajados.
- Estigma comunitario hacia la población LGBT.
- Brechas sociales que impiden la democratización del conocimiento científico.

### ***Breve descripción (ubicación y reseña)***

La institución se encuentra ubicada en un distrito de Lima Metropolitana, y está conformada por un equipo de investigadores/as y agentes de cambio en sexualidad, salud sexual y/o VIH/ITSs con una perspectiva multidisciplinaria que incluye la epidemiología, la biología molecular, las ciencias sociales y políticas, y las ciencias y artes de la comunicación en el contexto social. Tiene como propósito, generar y difundir evidencia científica para aportar a la mejora de las políticas públicas en un marco de respeto a los derechos humanos y promoción de la salud.

### **1.2. Puesto desempeñado**

#### ***Denominación del puesto***

Asistente de proyectos de investigación.

#### ***Principales funciones del puesto***

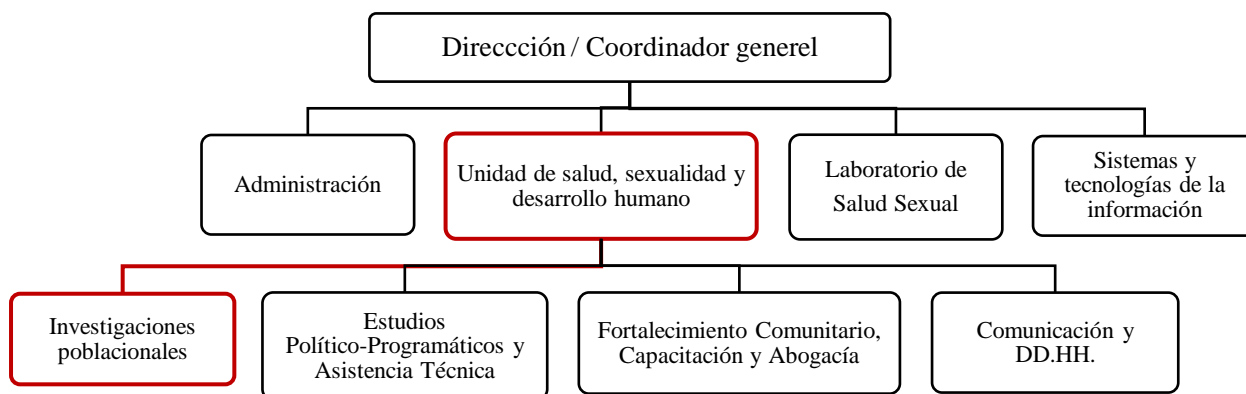
Apoyo en los proyectos de investigación de la institución en:

- Revisión bibliográfica.
- Recojo de información de campo.
- Análisis y sistematización de resultados para publicación.

#### ***Jefe inmediato y cargo***

Director del Centro de Investigación – Doctor en Salud Pública.

## Organigrama de la institución



Fuente: Elaboración propia

## Plan de trabajo

### - Actividades generales

- Proyecto de investigación 1:

Fortalecimiento y consolidación en la prevención, atención y cuidado del VIH/ITS en las Instituciones Militares para mejorar el continuo de prevención y atención en la población militar del Perú.

- Proyecto de investigación 2:

Evaluación de la eficacia y llevar a cabo una intervención para facilitar el acceso y mejorar la atención médica del VIH de mujeres trans y hombres que tienen sexo con otros hombres en el Perú.

### - Cronograma de actividades

Actividades	Período de trabajo May. 2020 – Dic. 2021																			
	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Proyecto de investigación 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Proyecto de investigación 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## ***Descripción del área de trabajo***

### ***- Unidad de salud, sexualidad y desarrollo humano***

La unidad busca generar conocimiento válido y estrategias innovadoras orientadas a incidir en políticas públicas y sociales, y en la formación de profesionales con énfasis en los temas de salud, sexualidad y derechos humanos, en el marco del respeto a la diversidad, la equidad de género, la protección de derechos humanos y el desarrollo sustentable. Tienen como principales áreas temáticas: Investigaciones Poblacionales; Estudios Político-Programáticos y Asistencia Técnica en Salud; Fortalecimiento Comunitario, Capacitación y Abogacía; y Comunicación y Derechos humanos.

#### ***o Área temática: Investigaciones Poblacionales***

Área encargaba de los proyectos de investigación que contemplan: diseño, implementación, intervención y evaluación de estrategias de prevención en poblaciones clave.

### **1.3. Delimitar el área de trabajo**

#### ***Línea de investigación***

La línea de investigación que enmarca el presente trabajo es: Violencia y equidad. Esta línea busca alcanzar la convivencia saludable, la inclusión social y la equidad en situaciones y condiciones de vulnerabilidad, así como, en la calidad de vida de las personas.

El programa de prevención del VIH que se llevó a cabo en Lima Sur ayudó a empoderar tanto a nivel individual como comunitario a un grupo de hombres gay (HG) y mujeres trans (MT) para así poder involucrarlos y motivarlos en el desarrollo de soluciones a los problemas que enfrentan como colectivo.

## 2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas

#### - *Mpowerment*

Mpowerment, es un tipo de intervención a nivel comunitario que fundamenta su propuesta bajo la premisa de que las normas sociales afectan al comportamiento individual. Es por ello que, tienen como finalidad el buscar un cambio en las normas sociales de la comunidad aprovechando los procesos de influencia y presión ejercida por grupos de pares (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2020).

Se origina a raíz de que algunos programas de intervención comunitaria para la prevención del VIH reciben distintas críticas por brindar abordajes represivos y con una percepción negativa del sexo, estigmatizando la conducta sexual y no tomando en cuenta el significado personal y cultural de la sexualidad (Maiorana et al., 2016).

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC] (2020) indican que en los EE.UU. esta intervención comunitaria es catalogada un modelo de prevención del VIH y que se requiere para su eficaz implementación una investigación previa del contexto, que evalúe las variables psicosociales como los conocimientos sobre VIH/SIDA, normas sociales, apoyo social, actitudes, autoeficacia, habilidades de comunicación, disfrute de prácticas sexuales, homofobia internalizada e identidad sexual; para que así se pueda lograr adecuar la propuesta a las necesidades de la población con la cual se desea trabajar.

#### ○ *Principios y perspectivas teóricas*

Mpowerment se basa en siete lineamientos teóricos los cuales determinan todos los aspectos de la intervención y se ven reflejados en sus elementos centrales los cuales

serán abordados más adelante. La comprensión de estos lineamientos permite tener un panorama general de la intervención y ayuda a contextualizar la propuesta del modelo original, para responder a las necesidades particulares y específicas de la población con la cual se desea trabajar; asimismo, prever cómo la intervención podría funcionar dentro de una organización y comunidad en sí, ayudando a garantizar que su implementación sea exitosa (UCSF Center for AIDS Prevention Studies [CAPS], 2017).

### ***1. Aproximación multinivel a la prevención del VIH***

Es importante que, una intervención de este tipo considere las diferentes dimensiones implicadas en la problemática del VIH a nivel individual, social/comunitario y estructural. La autoestima, las cuestiones interpersonales y culturales, la homofobia/transfobia internalizada, las normas comunitarias y muchos otros factores sociales y estructurales influyen los comportamientos de riesgo. Los distintos elementos de la propuesta de Mpowerment abordan los factores y situaciones que potencian comportamientos de riesgo, las barreras para hacerse la prueba del VIH periódicamente y/o a buscar tratamiento para el VIH.

### ***2. Enfoque social: Vinculación de la prevención del VIH con otras necesidades de carácter social***

La prevención del VIH de por sí, no es un tema particularmente atractivo o motivador. Es complejo, convocar a HG y MT para charlas o presentaciones sobre el VIH. Una intervención para la prevención de VIH debe contemplar el vincular la reducción de riesgo del VIH con la satisfacción de otras necesidades de carácter social. Otras necesidades e inquietudes, como por ejemplo el conocer, socializar, recibir apoyo, fortalecer la autoestima y pasar momentos amenos con otros HG y MT; esto representaría un factor altamente motivador. Incorporar la prevención del VIH como parte de

actividades sociales atractivas, divertidas y participativas es una forma de posibilitar que HG y MT asistan y estén más motivados para escuchar y aprender acerca de la reducción del riesgo sexual, la importancia de realizarse la prueba del VIH y del tratamiento para el VIH.

### ***3. Construcción de una comunidad saludable***

La propuesta de Mpowerment tiene como fundamento la creación de redes de soporte social y contextos comunitarios que promuevan el cuidado de la salud en general, enfatizando, la importancia de la prevención y el cuidado médico para el VIH. Este principio considera que es esencial construir una comunidad de HG y MT que se apoyen mutuamente en relación a la reducción del riesgo sexual, hacerse la prueba del VIH y obtener tratamiento para el VIH, con normas y expectativas sociales que fomenten el apoyo mutuo para afrontar cuestiones sociales y vulnerabilidades relacionadas con la orientación sexual o de género. Esto es particularmente importante considerando contextos sociales de homo/transfobia y de estigma hacia las personas viviendo con VIH, lo que genera experiencias de aislamiento, falta de apoyo, homo/transfobia internalizada, y estigma internalizado relacionado con el VIH.

### ***4. Influencia de pares para difundir la intervención y cambiar normas comunitarias relacionadas con la prevención y cuidado del VIH***

La comunicación e interacción entre pares se considera un elemento clave para el cambio social. Diferentes estudios (Geller et al., 1985; Rosen et al., 1985) han demostrado que, en cualquier tipo de comportamiento, como por ejemplo fumar, consumir drogas, moda, o en las actitudes políticas, los pares constituyen la más creíble fuente de información y la presión de pares ejerce una influencia muy alta y directa. La población

HG/MT no son una excepción, en sus entornos comunitarios la relación entre pares e influencia de éstos tiene una gran relevancia y juega un rol significativo en sus vidas.

##### ***5. Filosofía de empoderamiento: Desarrollo de un sentido de agencia personal y comunitaria***

El planteamiento y diseño de Mpowerment incluye teorías basadas en empoderamiento (Rappaport, 1984) y educación popular/liberación de los oprimidos (Freyre, 1989). Se centra tanto en fomentar el empoderamiento y desarrollar la capacidad personal como en ayudar a HG y MT a analizar por qué están en riesgo de contraer el VIH, por qué no se hacen la prueba del VIH con más frecuencia y las razones, incluyendo el estigma, por las cuales pueden no buscar tratamiento para el VIH. También les ayuda a considerar y decidir qué acciones pueden tomar para protegerse y cuidar su salud y resistir a las presiones interpersonales o sociales que puedan contribuir a que estén en riesgo. Adicionalmente, la intervención se centra en el empoderamiento comunitario y en el fortalecimiento de la comunidad, desarrollando una comunidad de HG y MT que puedan analizar cuestiones que les afectan como comunidad para tratar de encontrar posibles soluciones a dichos problemas.

Este quinto principio implica la intervención genere una función movilizadora y facilite el empoderamiento dentro de la comunidad. A partir de esta función movilizadora, los y las participantes se hacen cargo, desarrollan un sentido de pertenencia y se apropian de la intervención en lugar de que ésta les sea dictada en forma vertical. Además de, buscar promover la constante reflexión sobre problemáticas a nivel personal y particularmente a nivel colectivo y la búsqueda de soluciones (por ejemplo: cómo superar barreras para hacerse la prueba, cómo reducir el estigma al VIH, etc.) que partan de estos procesos de reflexión y que permitan desarrollar/fortalecer un sentido de agencia. Cuando



las personas están involucradas en la identificación de problemas que les afectan y soluciones a los mismos, el cambio es más sostenible.

#### ***6. Difusión de mensajes de la intervención en la comunidad a través de pares:***

##### ***Comunicación informal y difusión de la intervención en la comunidad***

Considerando que los cambios a nivel comunitario se producen a través de redes interpersonales, Mpowerment se basa también en la teoría de la difusión de innovaciones (Rogers, 2003), la cual afirma que el cambio a nivel de la comunidad se da a través de un proceso de comunicación informal y modelado por pares en redes sociales. Los y las integrantes de un sistema social suelen adoptar nuevas prácticas de comportamiento (en este caso, el sexo seguro, hacerse la prueba del VIH regularmente e incorporar la importancia del tratamiento para el VIH), cuando ven que sus pares adoptan dicho comportamiento o expresan el deseo de cambiar porque lo consideran conveniente e importante.

Este principio propone que un cambio a nivel comunitario tiene lugar a través de un proceso de comunicación informal y del ejemplo de pares como modelos dentro de su red de amistades. La realización de sesiones facilita el crecimiento de estas redes a través de actividades de fortalecimiento comunitario; pero también a través de la difusión de mensajes sobre sexo seguro, hacerse la prueba y la importancia del tratamiento a amistades y pares que nunca han asistido a las sesiones de la intervención. Las actividades de fortalecimiento comunitario y la difusión de mensajes facilitan un proceso de comunicación activa entre pares, fomentando que el sexo seguro, el hacerse periódicamente la prueba del VIH y la importancia del compromiso con el tratamiento del VIH se conviertan en normas completamente aceptadas e integradas dentro de la comunidad de HG y MT.

**7. *Enfoque positivo en la autoaceptación de la identidad sexual y de género: Sentido de afirmación y orgullo vinculado a la expresión de su sexualidad e identidad de género***

Este principio consiste en enriquecer y fortalecer la autoaceptación de HG y TM en ser quiénes son, promoviendo un sentido de afirmación y orgullo, motivándoles a explorar y celebrar su sexualidad y género, así como a analizar y cuestionar la homofobia y transfobia social e internalizada. La autoaceptación incluye no solo fomentar el autocuidado, el uso del condón y destacar la importancia del tratamiento para el VIH, sino también una amplia gama de comportamientos más seguros asociados con su salud y sus relaciones sexuales. Toda actividad de la intervención debe estar diseñada para mostrar imágenes positivas, ser entretenida, edificante y afirmativo hacia la sexualidad. Se evita un enfoque que puede inducir al temor, la vergüenza y potencial homofobia o transfobia internalizada relacionada con la orientación sexual o expresión de género.

○ ***Elementos centrales de la intervención***

Los elementos centrales de la intervención comunitaria Mpowerment son (CAPS, 2017):

**1. *Grupo impulsor y voluntarios***

Este elemento sugiere que se tenga un grupo conformado por 10 – 20 participantes que puedan ser los responsables de organizar y dirigir reuniones generales una vez por semana. El objetivo de estas reuniones es proponer el cronograma de las actividades que se llevarán a cabo durante la semana. Asimismo, se aconseja que tengan el rol de analizar las necesidades del colectivo y, simultáneamente, propongan posibles soluciones. Todo ello junto a mensajes de prevención del VIH.

El grupo impulsor son quiénes moderan la reunión y recogen las ideas u opiniones de los voluntarios, se recomienda que la dinámica se caracterice por ser integradora y fomente trato horizontal.

## **2. *Coordinadores***

Los coordinadores son un personal remunerado y se encargan de organizar todos los aspectos de la implementación de Mpowerment, además, ejercen un rol de acompañamiento que fomenta en los y las participantes sentido de pertenencia y de apropiación de la intervención.

## **3. *Local***

La intervención debe contar con un ambiente físico propio que sirva como oficina y centro comunitario para los participantes. En este lugar es donde se realizará la mayoría de las actividades sociales y reuniones de coordinación. Tener este tipo de espacio sirve como punto de encuentro para promover sentido de comunidad y ayuda a transmitir mensajes que fomenten prácticas sexuales saludables.

## **4. *Alcance formal***

El alcance formal hace referencia a dos componentes: (1) equipo de abordaje y (2) eventos sociales de divulgación y difusión.

El equipo de abordaje se encarga de visitar ambientes recreativos como bares o discotecas, frecuentados por la comunidad LGBT+ para promover prácticas sexuales saludables. Estas actividades deben contener mensajes preventivos concisos para mantener la atención del público y fomentar el sexo seguro de una forma divertida y entretenida.

Por otro lado, como este tipo de comunidad no suelen disponer de muchos espacios donde puedan reunirse y socializar sin miedo a ser señalados o juzgados, es fundamental que, este elemento de la propuesta Mpowerment, permita organizar eventos que sean de gran interés para los participantes y sus pares. Estos eventos deben ser entretenidos y planificados para que la promoción del sexo seguro se pueda incorporar en la actividad. Por ejemplo, celebrar fiestas temáticas por alguna festividad en especial, donde los participantes puedan presentar una dramatización corta que motive al público a practicar sexo seguro y genere el interés de ser parte de la intervención.

### ***5. Alcance informal***

El alcance informal consiste en que los participantes del centro comunitario transmitan mensajes preventivos sobre VIH/SIDA y otras ITS a sus pares en los momentos de encuentro e interacción social fuera del centro. Introducir y normalizar dichos temas dentro de sus conversaciones cotidianas ayuda a promover prácticas sexuales saludables y a difundir el componente comunitario para que otros se animen a participar. En cada reunión del grupo impulsor, a modo de recordatorio se anuncia a todos los participantes la importancia de hablar abiertamente sobre estos temas con sus pares.

### ***6. Grupos “M”***

Mpowerment recomienda conformar grupos más pequeños y con características en común, para crear espacios seguros y de confianza, donde los participantes puedan debatir sobre temas relacionados al cuidado de la salud sexual y compartir experiencias propias que permitan ejemplificar conceptos e interiorizar mejor el propósito de la dinámica.

## **7. Publicidad**

Este último elemento es considerado esencial para la difusión de los objetivos y las actividades de la intervención, y así se pueda alcanzar mayor asistencia de participantes. Asimismo, una campaña de publicidad a través de redes sociales y/o reparto de folletos permite que se pueda fomentar masivamente mensajes preventivos sobre VIH/SIDA e involucrar a más personas de la población objetiva.

### **○ Modelo de evaluación sugerido**

Mpowerment recomienda un modelo de evaluación que consiste en (CAPS, 2017):

#### **1. Evaluación formativa**

La evaluación formativa ofrece una guía de cómo poner en práctica la intervención, de modo que, satisfaga las necesidades y sea apropiada para la población diana. Este tipo de evaluación se lleva a cabo antes de implementar la intervención, es decir, durante la fase de planificación. Además, proporciona información sobre diversas cuestiones relativas a la vida de la población que se intenta alcanzar, y cómo la intervención puede llegar a ellos. Por último, realizar el trabajo formativo permite identificar cómo los lineamientos teóricos y los elementos centrales de abordaje del modelo de prevención del VIH “Mpowerment” pueden ser contextualizados al entorno donde se desea intervenir.

#### **2. Monitoreo y evaluación de proceso**

El monitoreo y la evaluación de proceso ocurre después de que la intervención haya sido diseñada y mientras está siendo implementada. Por un lado, el monitoreo es entendido como una forma de documentar las características de los participantes,

actividades provistas y los recursos empleados para proveer esas actividades. Tiene en cuenta interrogantes como: ¿qué actividades se realizaron?, ¿qué población fue atendida, y qué recursos se utilizaron?

Por otro lado, la evaluación de proceso recopila información sobre cómo se llevó a cabo la intervención en comparación con el plan original de intervención. Por lo tanto, ayuda a medir la fidelidad y formula la interrogante ¿se implementó la intervención como se pretendía?

### ***3. Evaluación de resultados***

La evaluación de resultados otorga información sobre si la intervención ha provocado cambios en las actitudes, conocimientos, creencias, y/o comportamientos en la población diana. A diferencia de otros tipos de evaluación, ésta resulta mucho más compleja de llevar a cabo y requiere de profesionales especializados.

La primera cuestión a considerar es la importancia de evaluar la intervención en su conjunto y no ver a los elementos centrales de manera individual; esto con el fin de determinar el impacto que tiene la intervención. Mpowerment está compuesto de varios elementos centrales que se interrelacionan, y fueron desarrollados con el propósito de llegar a la población clave y también tratar cuestiones que se dan a nivel individual, interpersonal, social y ambiental. Es más probable que ocurran cambios de comportamiento cuando los participantes están expuestos a los diversos elementos de la intervención, puesto que dichos componentes se refuerzan entre sí.

#### ***- Población clave***

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) en la lucha contra el VIH, enfoca sus esfuerzos en poblaciones clave a causa de que es esencial la comprensión de su dinámica de transmisión de la infección para el diseño y la implementación de

estrategias de prevención y tratamiento. Dicho esto, se entiende como población clave a todo grupo con determinadas conductas de alto riesgo, que están con alta exposición de contraer VIH independientemente del tipo o contexto de la epidemia local.

Estas poblaciones clave son: hombres que tienen sexo con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas en prisión, trabajadores sexuales y personas transgénero (OMS, 2016).

En el presente escrito, nos enfocaremos especialmente en dos poblaciones clave: los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas transgénero, en específico, las mujeres trans (MT).

- ***Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)***

El término HSH es utilizado para nombrar a todo aquel hombre que tiene una relación romántica y/o sexual con otro(s) hombre(s), no obstante, la interpretación es diferente en cada contexto y cultura (OMS, 2016).

Este concepto de HSH procura abarcar todo rango de conducta sexual entre hombre-hombre y rechaza la categorización de los hombres que tienen este tipo de prácticas sexuales por orientación sexual (orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual) o identidad de género (hombre, mujer, transgénero, etc.). Es así que, este término es considerado una definición más amplia y toma en cuenta a HSH que no se sienten identificados como gay, aquellos que están dentro de un matrimonio heterosexual y otros grupos que prefieren permanecer ocultos, difíciles de alcanzar para el testeo y menos colaborativos al momento de responder preguntas sobre prácticas sexuales en comparación con los hombres que sí manifiestan identificarse como gay; desafiando la caracterización epidemiológica y las respuestas al VIH. Particularmente, esto sucede en contextos donde las prácticas sexuales con personas del mismo sexo son estigmatizadas

o criminalizadas. A pesar de ello, HSH se ha convertido en el término estándar en el trabajo sobre el VIH y se emplea el término reconociendo sus deficiencias (OMS, 2016).

- *Personas trans*

Se entiende por personas trans a aquellas cuya identidad y expresión de género no va acorde con lo dictaminado tradicionalmente y las normas sociales relacionadas con el sexo que se les asignaron al nacer, en otras palabras, lo que en el certificado de nacimiento se determina. Cuando se indica que una mujer es “transgénero” o “trans”, esto se refiere a personas que fueron asignados como hombres al nacer, sin embargo, se identifican y expresan su género dentro del espectro femenino, que ellas catalogan con diversos términos como “mujer trans”, “trans femenina”, “trans” (OMS, 2016).

La OMS (2016) define el término “transición” como el proceso en el que las personas transgénero alcanzan a expresar su identidad de género deseada. Esto puede incluir cambios en la afirmación de género como la apariencia externa, la ropa, manierismos o el nombre usado diariamente para la socialización cotidiana. También puede incluir el uso de cirugías estéticas como ayuda para alinear su anatomía acorde a su identidad de género. Estos cambios durante su proceso de transición son denominados “transición médica” o “procedimientos de afirmación de género” y pueden incluir terapia hormonal para feminización o masculinización o cirugías, dependiendo el caso. No todas las personas transgénero deciden pasar por la transición y muchas están conformes con sus genitales u otros aspectos físicos sin caer en lo que ordena la expresión de género tradicional. Por esta diversidad y muchas otras dificultades para acceder a esta población, no se conoce aún el número exacto de personas transgénero en el Perú.



- *VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans (MT)*

La infección por el VIH en población clave es un tema menos claro si lo comparamos con el de la población general, esto debido a su difícil acceso y complejidad en el recojo de datos en estas poblaciones. Según la OMS (2016) refiere que la epidemia de VIH en HSH continúa en expansión en muchos países, y que incluso llega a ser 13 veces más que en población general.

Más del 90% de nuevas infecciones en Asia central, Europa, América del Norte, el norte de África durante el 2014 fueron en población clave y sus parejas sexuales; así también, en la región Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, esta población tuvo las dos terceras partes de nuevas infecciones (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2016).

El alto y desproporcionado riesgo de adquirir el VIH en HSH se debe a varias características individuales y factores sociales. A nivel individual, el bajo o inconsistente uso del condón en el sexo anal receptivo, el alto número de parejas sexuales, uso de drogas inyectables y la participación frecuente en el trabajo sexual (OMS, 2016).

En relación a MT, los factores de riesgo para adquirir la infección del VIH son similares a los de HSH, aunque existen características específicas que incrementan el riesgo de contraer/transmitir la infección, que afectan su diagnóstico, vinculación y retención en los servicios de atención VIH (OMS, 2016). Uno de los mayores factores de riesgo es el trabajo sexual, reportado en Lima hasta en 64% (Silva-Santisteban et al., 2012), ejercido por características socioeconómicas precarias económicas existentes junto a las dificultades para encontrar un empleo seguro y estable. Asimismo, es una manera para poder financiar la terapia hormonal y las cirugías necesarias para la reasignación de sexo (OMS, 2016).

Los esfuerzos de prevención del VIH con HSH y MT requiere de una atención estratégica y no de la misma forma que con la población general. Por ello, es fundamental proponer cambios en el contexto social, legal, estructural y otros aspectos que incrementan su riesgo al contagio/transmisión del VIH. La población clave experimenta usualmente estigma y discriminación, además de barreras legales que impiden que sean una priorización en los sistemas de salud y que, por el contrario, la legislación actual conlleva al incremento de la violencia, pobreza y en general su vulnerabilidad social (OMS, 2016).

## **2.2. Estudios a nivel nacional e internacional**

Las investigaciones que se expondrán a continuación son referenciales y las más próximas al escrito en mención, dado que, las condiciones y la muestra de la intervención son de carácter innovador.

### **- *Nacionales***

El primer estudio a presentar fue el realizado por Maiorana et al. (2016). En este, ellos tuvieron como objetivo evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia potencial del Proyecto Orgullo (PO) a través de métodos cualitativos, cuantitativos y de observación. PO fue una intervención piloto de movilización comunitaria que tuvo como propósito disminuir el riesgo sexual, promover conductas saludables y facilitar el empoderamiento personal y comunitario en hombres gay (HG) y mujeres trans (MT) en un distrito de la provincia constitucional del Callao. Fue una adaptación de los modelos estadounidenses de prevención del VIH: Mpowerment y Brothers of the Moon and Sun. Los resultados demostraron que el PO fue bien recibido por la población de HG y MT, e influyó positivamente en las creencias, la autoeficacia y los comportamientos de prevención del VIH; brindó apoyo social y despertó sentido de comunidad; facilitó el empoderamiento

individual y comunitario; logró que HG/MT colaboren de manera conjunta; y estableció un Centro Comunitario funcional para socializar/realizar actividades de movilización. Asimismo, se evidenció que las estrategias de movilización comunitaria, que hacen falta en los esfuerzos de prevención del VIH en Perú pero que se consideran un componente clave para la prevención del VIH, pueden ayudar a mejorar los comportamientos de búsqueda de salud y consolidar las normas sociales que respaldan los comportamientos preventivos entre HG/MT.

Otra investigación hecha en Cusco - Perú por Bermúdez et al. (2018), en la cual se buscó analizar la conducta sexual, la realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las intenciones para hacérsela y los motivos para no realizársela en jóvenes que cursen el nivel universitario. En el estudio, los participantes fueron 1377 estudiantes de diversas instituciones de educación superior ubicadas en la ciudad de Cusco, los cuales tuvieron un rango de edad entre 16 a 30 años. El instrumento utilizado fue un cuestionario sobre conducta sexual y realización de la prueba del VIH y se aplicó dentro de las aulas durante el horario académico. Los resultados evidenciaron que un mayor porcentaje de varones que de mujeres ha tenido prácticas sexuales de tipo vaginal, anal y oral; mayor número de parejas sexuales e inició a más temprana edad con el sexo vaginal y oral. Asimismo, demostraron que un mayor porcentaje de mujeres que de varones no suelen utilizar el preservativo en la primera relación sexual anal, colocándolas en un mayor índice de riesgo anal. Por otra parte, los autores también refirieron que la mayoría de los jóvenes universitarios no se solían realizar nunca la prueba del VIH, acotando como su principal razón para no hacérsela a la seguridad de no presentar la infección.

Finalmente, Romani et al. (2021) analizaron los datos de la Primera Encuesta LGBTI de Perú planteando como principal criterio de inclusión a las personas que

tuvieron alguna enfermedad durante los últimos doce meses y que tuvieron que recibir atención médica. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la no utilización de servicios de salud en una muestra de la población de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) de Perú. Los resultados obtenidos indicaron que la limitación socioeconómica y la falta de confianza en el proveedor de salud fueron las principales razones para no utilizar los servicios de salud, lo cual tendría relación con lo reportado en estudios anteriores; donde, en comparación con las personas heterosexuales, las minorías sexuales tienden a retrasar la atención debido al costo, experiencias negativas previas en la atención médica, no poder obtener citas y evitar molestar a un proveedor. Además, la investigación expuso que uno de cada seis adultos LGBTI manifestaron percibir exclusión y sentir desconfianza cuando asisten a los servicios atención médica a causa de experiencias previas de discriminación y por la anticipación de estigma.

- ***Internacionales***

Una investigación realizada por Villaroel (2020) buscó sistematizar todo el trabajo llevado a cabo en el Programa de intervención comunitaria para la prevención del VIH/SIDA en hombres homosexuales en Chile. En este, se utilizó el modelo teórico de intervención SIDACCION, el cual integra un conjunto de elementos funcionales y estratégicos del quehacer organizacional, donde se concibe la participación comunitaria como un proceso de empoderamiento individual y social desde el cual es posible abordar la prevención, y la defensa de los derechos de quienes participan voluntariamente en el programa. Cada una de las actividades de la intervención hicieron posible que el grupo se empodere para que pueda generar movilización comunitaria y acción social. El autor concluyó comentando que esta experiencia comunitaria procura materializar el anhelo de los participantes de ser reconocidos como personas que pueden responsabilizarse de su

bienestar y que cuentan con la capacidad de organizarse para promover y defender sus derechos.

Por otro lado, Jones y Luján (2020) presentaron un estudio que tuvo como objetivo analizar los roles de la dimensión afectiva en las experiencias terapéuticas de dos poblaciones: (1) personas con consumos problemáticos de drogas en tratamiento y (2) personas con VIH bajo atención clínica y tratamiento antirretroviral. Utilizaron una estrategia metodológica cualitativa, basada en entrevistas en profundidad. Los autores partieron de una hipótesis que afirmaba que los tratamientos farmacológicos y/o psicológicos usualmente resultan insuficientes para brindar respuestas terapéuticas adecuadas a estas dos afecciones. Los entrevistados reconocieron la centralidad de las dimensiones afectivas para un abordaje integral y para la adherencia a las pautas de tratamiento que la atención profesional les propone. Las conclusiones del estudio indicaron que la adherencia es una experiencia personal y a la vez colectiva, en la que juega un rol fundamental el entorno familiar, redes de pares, profesionales y otros referentes terapéuticos.

Finalmente, Ramos-Jaraba et al. (2021) publicó una investigación que tuvo como objetivo describir la percepción de vulnerabilidad al VIH y sus factores asociados en mujeres transgénero (MT) de Bogotá, Medellín y Santiago de Cali – Colombia. El instrumento empleado fue una encuesta que contenía interrogantes que abarcaban aspectos sociodemográficos, conductas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas y percepción de vulnerabilidad al VIH. La muestra estuvo constituida por 620 mujeres trans. Los resultados evidenciaron que el 63% de las participantes menores de 35 años, ejercían principalmente trabajo sexual, eran modelos web cam o estilistas; presentaban bajos ingresos económicos; iniciaban actividad sexual a temprana edad, y el 84,7% de las participantes habían recibido dinero a cambio de sexo alguna vez en su vida. Por último,

la investigación concluyó que la percepción de vulnerabilidad al VIH entre las participantes del estudio era alta, por lo cual se requería de intervenciones efectivas que mejoren sus condiciones de vida y comportamientos sexuales.

### **3. CAPÍTULO III. METODOLOGIA**

#### **3.1. Contextualización del problema**

El equipo a cargo del diagnóstico comunitario, revisó y analizó la información disponible acerca de la población a intervenir, entre el período 2016-2017, y planteó como problema de estudio lo siguiente:

##### **3.1.1. Problema de estudio**

El VIH en el Perú tiene las características de una epidemia concentrada, es decir, que muestra una prevalencia significativa en algunos grupos y no en la población en general. A nivel nacional, se evidencia que el 13% de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 30% de mujeres trans (MT) viven con VIH y, anualmente la incidencia se mantiene alta en un 5% (Silva-Santisteban et al., 2012; Clark et al., 2014). Toda esta situación se observa de manera similar en la mayoría de otros países de América Latina, donde la epidemia está concentrada entre HSH y MT; la prevalencia es generalmente mayor al 10%; hacerse la prueba de VIH no es una práctica común; existe inconstante uso del preservativo y baja asistencia a los servicios de atención VIH, pese a que, los programas nacionales de salud han dictaminado que el acompañamiento profesional y el tratamiento antirretroviral (TAR) es gratuito (Bastos et al., 2008).

Según la Dirección General de Epidemiología – Perú (2013), la mayoría de casos de VIH/SIDA (78%) han sido reportados en Lima y, pese a que, hay una prevalencia significativa en algunos grupos y no en la población en general, el nivel de vinculación por parte de HSH y MT a la atención médica del VIH continúa siendo limitado.

Las principales barreras a nivel individual asociadas con la baja vinculación a la atención para el VIH en HSH y MT comprenden: bajo acceso a la prueba VIH,

características socioeconómicas precarias, estigma internalizado relacionado con el VIH, temor al maltrato en establecimientos de salud relacionado con su identidad sexual y género, e inexperiencia en un sistema de salud pública fragmentado y de difícil acceso (Cáceres et al., 2012; Silva-Santisteban et al., 2012; Salazar et al., 2013). Por otra parte, algunas barreras, en particular, a nivel del sistema de salud pública incluyen: prolongado tiempo de espera; indiferencia entre los proveedores de salud ante la exclusión social de las personas con VIH (PVV) y su diversidad sexual y de género; baja disponibilidad de trabajadores sociales y psicólogos para trabajar con un gran número de usuarios; procesos engorrosos para derivaciones a servicios especializados; y subsidios limitados que no cubren análisis de laboratorio y otros exámenes. Aunque el servicio de tratamiento antirretroviral (TAR) en los establecimientos de salud públicos y las pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral) son gratuitas, los exámenes previos requeridos tienen un costo que puede ser casi imposible de solventar (Salazar et al, 2010). Todos estos obstáculos, tanto a nivel individual como a nivel de sistema de salud, de cierta manera se interrelacionan y crean mayor vulnerabilidad para los HSH y las MT.

Los esfuerzos de prevención del VIH con HSH y MT en el Perú han estado en gran parte enfocados solo a la entrega de condones, manejo de síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS), toma de prueba del VIH y consejería. El uso de condón en HSH y MT es poco consistente, abandonándose rápidamente cuando se comienza a salir con alguien o se está en una relación, y no es común el poder hablar sobre el uso de condones, la negociación sobre su uso y/o el estado serológico de VIH con las parejas sexuales. Se estima que solo entre el 25% - 30% de HSH y MT con VIH se han vinculado con alguna fase del continuo de atención del VIH y solo el 18% han logrado la supresión o indetectabilidad de la carga viral (Bastos et al., 2008).



Trabajar en la prevención del VIH con HSH y MT es un desafío, dado que, las normas sociales favorecen el silencio sobre el VIH y el riesgo sexual. Asimismo, el estigma relacionado con el VIH limita las posibilidades y la disposición a hacerse la prueba, negociar el uso de condones, hablar del estatus serológico con las parejas sexuales, vincularse con el cuidado médico si es una persona con VIH y obtener soporte social.

### **3.1.2. Estrategias de evaluación y medición de la problemática**

El equipo a cargo del diagnóstico, llevó a cabo su proceso de evaluación y medición de la problemática, analizando distintas fuentes de información a través del uso de técnicas de:

- ***Revisión documentaria:***

Se procedió a realizar la identificación y el análisis de la información referida al problema en las siguientes fuentes de información:

- Datos cuantitativos y cualitativos:
  - Información epidemiológica: Estadísticos. (MINSA, INEI, INEE)
  - Estudios locales e internacionales realizados previamente por el Centro de investigación.
  - Evaluación previa de necesidades: Los hallazgos de la intervención piloto (Período: 2012-2013), ayudaron a determinar necesidades y prioridades de la comunidad.

- ***Mapeo zonal:***

Identificación de las características de la ubicación geográfica y socio-demográficas:

- Estudio de la zona: Ubicación y características del lugar: Lima Sur y la identificación de sistemas sociales como recursos estratégicos para la intervención.

**3.1.3. Procedimiento de la evaluación**

El procedimiento de la evaluación lo realizó el equipo mencionado anteriormente y consistió en:

- Revisión de la información disponible acerca de la comunidad a intervenir.
- Realización de mapeo zonal que permita identificar recursos a utilizar.
- Una vez, revisada y analizada la información de los pasos anteriores, procedieron a estructurar el protocolo.
- Finalmente, presentaron el protocolo ante el Comité de Ética de las entidades promotoras del trabajo interventivo, y al ser aprobado se procedió a la implementación y ejecución de la misma.

**3.1.4. Diagnóstico del problema: Reporte**

El área de intervención se dio en los distritos de San Juan de Miraflores (SJM) y Villa María del Triunfo (VMT). La selección de estos distritos en Lima Sur para implementar la intervención tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Una zona relativamente definida por hitos geográficos y/o urbanos, incluyendo; accesibilidad por medio de transporte público al lugar de intervención (centro comunitario); centros de salud que proveen pruebas, atención y tratamiento de

VIH/ITS; espacios de distracción y socialización (parques, discotecas, bares); etc. lo que permitió demarcar el área de intervención.

- Una cantidad considerable de población gay y transgénero que permitiera la implementación del componente comunitario.
- Accesibilidad y factibilidad para que el equipo de implementación se pueda trasladar a esa área tomando como punto de referencia la distancia y el transporte desde las oficinas del programa en la universidad.
- Inexistencia de otras intervenciones o trabajo mínimo de organizaciones sobre prevención del VIH.
- Inexistencia o poco trabajo mínimo de organizaciones de base gay o transgénero.

### **3.2. Intervención**

La evaluación cualitativa del componente comunitario inició en Sept. 2017 y finalizó en Sept. 2020. Después de ello, se prosiguió al análisis e interpretación de los datos recolectados, durante el año 2021.

#### **3.2.1. Problema delimitado**

Si bien, en los últimos años, se ha estado avanzando en la prevención del VIH en el Perú, aún se evidencia ciertas brechas en torno a factores sociales y estructurales que se requieren sean abordados con los grupos poblacionales más afectados y vulnerables a la epidemia (Dirección General de Epidemiología – Perú, 2013).

Como indican Cáceres y Mendoza (2009) la estrategia de HSH/MT en nuestro país no se ha centrado en intervenciones que sean dirigidas a través de un modelo de empoderamiento individual y colectivo, que incluyan, fortalecimiento y movilización comunitaria, considerando que, son aspectos relevantes para un abordaje eficaz de prevención del VIH.

Por consiguiente, se presenta la necesidad de propuestas que se hagan cargo del proceso de empoderamiento tanto individual como comunitario para poder involucrar a HSH y MT en el desarrollo de soluciones a los problemas que enfrentan como grupo y así puedan defender y hacer respetar sus derechos a través de fortalecimiento y movilización comunitaria.

### **3.2.2. Objetivo(s)**

#### **- *General***

Evaluar el componente comunitario de un programa de prevención del VIH para hombres gay (HG) y mujeres trans (MT) en Lima Sur.

#### **- *Específicos***

Evaluar las actividades que el componente comunitario implementa para la concientización sobre las prácticas sexuales seguras que previenen ITS/VIH en las poblaciones objetivo.

Evaluar las actividades que el componente comunitario implementa para el fortalecimiento de la organización y el liderazgo de las poblaciones objetivo.

### **3.2.3. Técnica(s)**

#### **- *Entrevistas longitudinales***

Esta técnica permitió establecer una línea base de cómo los participantes iniciaban su proceso dentro del componente comunitario, y qué cambios percibían ellos a nivel personal y grupal, luego de un año de experiencia y vivencia con las diversas actividades que el componente comunitario implementaba.

El tipo de muestreo fue el denominado muestreo por conveniencia para captar la diversidad en la población intervenida. Durante la entrevista se preguntó a los

participantes acerca de sus percepciones y experiencias en cada una de las actividades en las cuales habían participado, así como conocer si su participación en las diferentes actividades había permitido que reflexionen más sobre sus comportamientos, y si habían visto cambios relacionados con la prevención. Además, también se les preguntó si su participación había afectado o no su intención de hablar con sus pares acerca de reducir sus comportamientos de riesgo sexual, hacerse la prueba del VIH, y si habían adquirido un compromiso con la prevención. Las respuestas que dieron los participantes en las entrevistas ayudaron a discernir y evaluar cada actividad del componente comunitario, lo cual permitió realizar sugerencias de cambios y mejora.

Los participantes proveyeron consentimiento verbal antes de cada entrevista. Las entrevistas duraron un aproximado de 45 min. a 1 hora, y se empleó una guía de entrevista la cual fue organizada en varias secciones, incluyendo participación en actividades específicas de la casa comunitaria. Todas las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas por transcritores profesionales, para su posterior análisis.

#### **- *Observación participante***

La observación participante se realizaba usualmente cuando se presentaba intervalos largos de espera entre una entrevista y otra. Si bien se coordinaba previamente el día y la hora de la entrevista según la disponibilidad de los participantes, en ocasiones, se les presentaba a los participantes imprevistos que provocaban esperas de 30 min. - 1 hora o reprogramación de la entrevista para otro momento. En el transcurso de estas situaciones de espera, se procuraba a través de esta técnica recoger datos (conductas, acontecimientos, procesos, etc.) de la población intervenida durante sus interacciones sociales dentro del espacio comunitario.

Los datos de observación se emplearon para evaluar la respuesta e involucramiento de los participantes en cada actividad implementada por el componente comunitario y el trabajo de los coordinadores pares. La información relevante se registró en notas de campo para su posterior análisis e interpretación (ayudaba a comparar y contrastar con lo encontrado en las entrevistas longitudinales).

- *Análisis e interpretación de los datos*

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, y transcritas para su análisis. Las transcripciones de las entrevistas fueron ingresadas a un programa de software para análisis cualitativo. La información recogida fue compilada y organizada.

En primer lugar, se analizó la información considerando los objetivos de cada actividad del componente comunitario para examinar la motivación, involucramiento y respuesta de los participantes a cada actividad por separado y al componente comunitario en general.

Como segundo y último paso, se analizó la información considerando temas emergentes.

### **3.2.4. Ejecución**

#### **3.2.4.1. Descripción del plan de intervención**

##### **a) Antes de la entrevista**

Fue necesario considerar los siguientes aspectos antes de la entrevista:

- *Día y hora:*

Una vez que se identificaba a los posibles participantes, se les contactaba para poder fijar el día y la hora de la entrevista. Esto último se definía de acuerdo a la disponibilidad del participante.

- *Espacio físico:*

Se reservaba ciertos ambientes de la casa comunitaria para que el diálogo se dé en un espacio tranquilo y sin tantos elementos de distracción.

- *Consentimiento informado:*

Se imprimía una copia del consentimiento informado para el participante. La explicación y la entrega de este documento con validación ética se realizaba antes de dar inicio a la entrevista. Era sumamente importante que la persona conociera la realidad de su participación, como los riesgos, beneficios y, sobre todo, el derecho a retirar su participación de forma voluntaria durante el proceso de la entrevista, en caso así lo desee.

- *Equipos para registro de información:*

Se comprobaba el buen funcionamiento de los equipos usados para el registro y la grabación de las entrevistas.

- *Guías de las entrevistas:*

Se revisaba previamente la guía según la entrevista que se iba a realizar, dado que, la estructura de la guía para la primera entrevista (línea base) difería levemente a la estructura de la guía de la segunda entrevista (al año de haber participado). El entendimiento de ambas guías ayudaba a tener en claro el propósito de cada entrevista.

**b) Durante la entrevista**

Durante el desarrollo de la entrevista se procuraba brindar un ambiente de diálogo, aceptación y empatía; puesto que, no era solo una simple conversación sino un momento de intercambio de vivencias, conocimientos, sensaciones, creencias y pensamientos del

participante. Asimismo, se hacía uso de un lenguaje sencillo y sin tantos tecnicismos para que la entrevista mantenga dinamismo e interés del participante.

Cuando se veía que el tiempo de la entrevista se estaba extendiendo más de lo previsto, de manera respetuosa, se volvía a replantear la pregunta o se solicitaba algunas aclaraciones, en especial si el participante profundizaba en temáticas que no respondían a los objetivos de la entrevista.

### **c) Finalización de la entrevista**

Al finalizar la entrevista, se apagaba el equipo empleado para la grabación de la conversación y se agradecía al participante por la gentileza y voluntad de participar de, seguido de una despedida cordial.

### **3.2.4.2. Consideraciones éticas**

Los datos e información recolectada se emplearon de manera confidencial y buscaron satisfacer los principios éticos de igual manera tales como:

#### **a) Autonomía**

Todo proceso se efectuó con un lenguaje claro y preciso para que el participante comprenda en su totalidad la finalidad de la entrevista; asimismo, se respetó la voluntariedad del participante a través de un Consentimiento informado.

#### **b) Beneficencia**

La participación en la entrevista no representó un beneficio directo para el entrevistado. No obstante, la información proporcionada puede ayudar a profesionales de la salud a mejorar el diseño de programas de prevención del VIH para HG y MT.



### **c) No maleficencia**

El entrevistador cumplió con este principio habilitando antes y después de las aplicaciones de los instrumentos y técnicas de recolección de datos un espacio para absolver dudas e interrogantes en caso el participante lo solicite.

### **d) Confidencialidad**

Este principio se cumplió porque se salvaguardó los datos personales de todos los participantes. Se evitó revelar la información personal o privada con el fin de proteger a cada participante.

### **e) Principio de verdad**

Antes, durante y después de la entrevista mantuvo la honestidad y veracidad del proceso de evaluación cualitativa, compartiendo todos los datos reales y relevantes para el desarrollo de esta.

### **3.2.5. Indicador(es) de logro**

Los indicadores de logro que se esperó que los participantes HG/MT alcanzaran fueron los siguientes:

- El participante reconoce al espacio común del grupo como significativo, seguro y confiable.
- El participante fomenta la socialización y cohesión grupal entre HG y MT.
- El participante brinda argumentos correctos sobre prácticas sexuales seguras que previenen ITS/VIH.
- El participante toma la iniciativa para la realización de actividades de prevención.
- El participante promueve la organización de sus pares.

### **3.2.6. Monitoreo y evaluación de la intervención**

El coordinador a cargo de la evaluación cualitativa del componente comunitario convocaba reuniones mensuales para poder monitorear y evaluar el trabajo desempeñado.

En estas reuniones cada miembro del equipo que recogía y procesaba datos cualitativos compartía su experiencia de trabajo de campo y relataba situaciones que consideraba relevantes para la etapa de análisis de información. Asimismo, si se tenía sugerencias para el equipo que ejecutaba las sesiones y las actividades del componente comunitario, se procedía a elaborar un informe para hacerles llegar los cambios o las mejoras que proponían los propios participantes HG/MT.

Los resultados obtenidos de la evaluación cualitativa sirvieron para proponer y elaborar artículos científicos, y manuales de intervención.

## 4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 4.1. Resultados

El número de participantes que pasaron por las entrevistas longitudinales fueron: 33 HG y 16 MT. Las entrevistas se realizaron entre Sept. 2017 - Sept. 2020; y el análisis e interpretación de los datos se llevó a cabo durante el año 2021.

A continuación, se presentará los resultados dividido en cinco categorías principales:

#### 4.1.1. Descripción de los resultados hallados

##### - *Identificación con la rutina y la dinámica funcional de la casa*

La casa comunitaria, como lugar de reunión en donde se realizaban la mayoría de las actividades del componente comunitario, se transformó en un espacio social de referencia para los participantes del. Como lo evidencian algunas de las siguientes citas, esto se debió al desarrollo de vínculos de confianza con otros participantes y al hecho de haber encontrado en este espacio la posibilidad de expresarse libremente, en relación con su identidad de género y/u orientación sexual, facilitando además la organización de actividades de movilización, construcción de comunidad y el empoderamiento individual y colectivo:

*“Aquí me siento a gusto, pero esto fue creciendo con el tiempo (...) aquí me dieron la confianza de ser yo y no ocultarme... Aquí conocí bastante gente buena onda.”*

*(HG – 19 años)*

*“Me siento como en mi casa por el ambiente, los participantes son bien amigables te escuchan o sea son libres y uno puede hablar libremente.”*

*(HG – 20 años)*

*“Yo vivo agradecida... nos han agrupado, nos enseñan, nos dan muchas posibilidades de organizarnos, el hecho de tener este local tan condicionado...”*

*(MT – 47 años)*

**- Integración entre HG y MT**

Un logro importante del componente comunitario fue demostrar que es posible lograr un trabajo conjunto e integrado entre HG y MT hacia una meta común: actividades y mensajes relacionados con el VIH a través de la construcción de comunidad y movilización. Esta no fue una labor fácil y el obstáculo más importante a ser superado fue el tema de la transfobia en muchos de los HG participantes y la transfobia internalizada en muchas de las MT. Dicho cambio se logró como resultado del trabajo y función de los coordinadores pares como modelos de roles y por el contacto cercano y habitual entre los y las participantes en la casa comunitaria que les permitió distanciarse de los prejuicios que tenían, tal como lo describe aquí un participante:

*“El programa en sí ha influenciado demasiado en mí (...) yo me sorprendí de este cambio, yo tenía no sé si llamarlo fobia, pero no me gustaba acercarme a una trans, no me gustaba para nada ni verla ni pasar por su costado, ¡nada! Pero llegué acá y pude hablar con ellas, y vi que no son del otro mundo que son igual que nosotros.”*

*(HG – 19 años)*

Promover actividades que ayuden a fortalecer vínculos entre los y las participantes, y fomentar con frecuencia el trabajo en equipo entre HG y MT, permitió la formación de un comedor comunitario durante la pandemia COVID-19, el cual simbolizó sentido de pertenencia, resiliencia y empatía, a nivel colectivo.

- ***Cambios en participantes en relación al VIH***

Los resultados de la evaluación evidenciaron una posible eficacia de la intervención relacionada con la prevención del VIH, hacerse la prueba del VIH y la vinculación al cuidado médico. De manera que, una participante, inmigrante en Lima, refiriéndose a sí misma en tercera persona, expresó que a raíz de su participación en el componente comunitario pudo percibir cambios en ella, como el uso de preservativos durante el trabajo sexual y el ver la casa comunitaria como un lugar seguro de socialización.

*“Sí he visto cambios en su persona, ahora está más tranquila porque viene a la casa comunitaria y ya no está de aquí para allá andando por la calle. La ha controlado porque antes era como una oveja descarriada. Y ahora se cuida más con los clientes”.*

*(23 años)*

Por otra parte, un participante HG (33 años), manifestó que habría perdido el temor de hablar con su pareja sobre cómo cuidarse y se sentía motivado para poner en práctica actitudes de autocuidado, todo ello, como resultado de participar en las actividades de la intervención.

*“El tema de cómo cuidarnos con nuestras parejas (...) muchos no se atreven a hablar con sus parejas, o sea, simplemente están con la pareja y ya, pero no hablan de cómo cuidarse, ya sea por temor o por vergüenza. En los talleres nos dimos cuenta que en realidad era importante hacerlo y que la vergüenza en estos tiempos ya no va, ahí lo*

*debatimos y todos decidimos romper con eso (...) fue muy bonito, fue una de las charlas que más me gusto y se animaron hacerlo”.*

Del mismo modo, otro participante HG (28 años) relató que el asistir a los talleres le ayudó a conocer más sobre el VIH y a desarrollar estrategias de afrontamiento ante un resultado positivo de la prueba del VIH.

*“En realidad, a mí me fue muy útil los talleres (...) hablaron mucho sobre temas de salud sexual, cómo cuidarse, cómo protegerse. Salí del taller con mucho conocimiento sobre ITS. Sin embargo, a los dos meses me diagnosticaron VIH+. Entonces, supongo yo que quizás si no hubiese asistido a los talleres, hubiese visto mi resultado de una forma más trágica (..) de todas maneras fue fuerte, pero supe sobrellevarlo”.*

#### **- Reducción del estigma del VIH**

El desarrollo de la intervención, las actividades, conversaciones y reflexiones permanentes en torno al VIH/ITS permitió que los participantes normalicen el hablar abiertamente sobre el tema y el cuidado de su salud sexual.

El tabú y el miedo a hablar sobre el VIH fue disminuyendo a medida que se generaban relaciones de confianza y se trabajaban cuestiones sobre el estigma relacionado con el VIH y hacia personas con el diagnóstico. Como consecuencia, algunos de los participantes compartieron con el grupo que vivían con VIH. Esto sucedió primero con participantes HG, entre quienes el estigma podría ser menor, pero posteriormente también entre algunas MT.

Por otro lado, se pudo evidenciar también el proceso paulatino de normalización en torno al VIH/ITS por medio de frases que expresaban sentido del humor. Por ejemplo, en el espacio de la casa se volvió “una broma” común entre los participantes señalar que

“a cierta hora ya era el momento de tomar la pastilla” (refiriéndose al tratamiento antirretroviral).

- ***Participación activa, desarrollo de agencia y liderazgo***

En general, los participantes iban asumiendo cada vez mayor responsabilidad en la propuesta, preparación y organización de las actividades de la casa comunitaria, demostrando así que estaban desarrollando capacidad de liderazgo y manejo de grupos. Esto se pudo evidenciar como un proceso continuo durante la intervención y después durante la pandemia de COVID-19 cuando las reuniones pasaron a realizarse virtualmente, y aunque al principio fue con el apoyo del equipo de coordinación, este acompañamiento fue disminuyendo paulatinamente, y hacia el final de la intervención los propios participantes realizaban las actividades y las coordinaciones entre ellos.

**4.1.2. Análisis de los resultados**

La intervención comunitaria Mpowerment, basada en el empoderamiento individual y colectivo para el fortalecimiento y movilización comunitaria, puede ser una estrategia útil para mejorar la prevención del VIH en HG y MT en Perú.

Contar con coordinadores pares que dirijan y moderen las actividades del componente comunitario facilitó la participación de HG y MT en el programa. Los coordinadores pudieron establecer vínculos de confianza que promovieron el empoderamiento y la movilización comunitaria; cumpliendo un rol de factor protector que ayudó a los participantes a potenciar sus capacidades y habilidades, al compartir sus propias experiencias, se convirtieron en modelos a seguir. Los resultados refuerzan la importancia del trabajo de pares al compartir características o experiencias similares conducentes a una mayor empatía. Así, el trabajo entre pares tiene el potencial de reducir sentimientos de aislamiento y promover comportamientos saludables donde, en este caso

HSH y MT, asumen un papel activo en su propio cuidado de su salud sexual (Cardozo et al., 2021).

Al presentar los resultados bajo una metodología cualitativa, éstos no pretenden ser extrapolados para todos los programas con HSH y MT. Sin embargo, la factibilidad, aceptabilidad e impacto positivo de este tipo de abordajes para promover prácticas sexuales seguras y sentido de compromiso y responsabilidad comunitario son similares a lo encontrado en otras investigaciones con poblaciones de origen latino que incluían HSH y MT (Maiorana et al., 2016).

Los coordinadores pares promovieron en todo momento un rol activo para el cuidado de la salud desarrollando en los participantes una toma de conciencia de la realidad social. El modelo de empoderamiento propuesto por Mpowerment postula la interacción dinámica de factores culturales, sociales y ambientales, recursos personales y factores intrapersonales que influyen en el desarrollo y mantenimiento de dicho empoderamiento. Este empoderamiento implicaría la construcción de un proceso de involucramiento y compromiso de participantes HG y MT con su salud, contando con información adecuada y recursos personales para evaluar dicha información, en colaboración con los coordinadores y sus pares, así como con la suficiente tolerancia de la incertidumbre en lo que se refiere a las diversas barreras sociales y estructurales (Cardozo et al., 2021). Los próximos pasos potenciales, y ciertamente desafiantes, se refieren a cómo establecer este tipo de intervenciones a nivel nacional que sean dirigidas a través de un modelo de empoderamiento individual y colectivo, que incluyan, fortalecimiento y movilización comunitaria, considerando que, son aspectos relevantes para un abordaje eficaz de prevención del VIH con HG y MT. Futuros programas multinivel que contemplen componentes de carácter comunitario, podrían considerar replicar este tipo de modelo teórico Mpowerment en otras ciudades de Perú.



## **4.2. Reflexión de la experiencia**

### **4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención**

Debido a la pandemia COVID-19, durante Mzo. a Sept. 2020 se tuvo que adaptar las actividades del componente comunitario a la modalidad virtual, trayendo dificultades para muchos participantes como la falta de Internet en sus hogares o aparatos tecnológicos que permitan el acceso a aplicaciones virtuales. La poca familiarización con herramientas digitales generó que la intervención se vea pausada por un tiempo hasta poder encontrar alternativas de solución junto con el equipo de coordinación de campo. Frente a ello, se buscó la asesoría del área de sistemas y tecnologías de la información del Centro de Investigación para determinar qué aplicación virtual podría ser de fácil uso y acceso. Es así que, a través de en vivos en redes sociales se dio la continuidad el proceso de intervención, y cada 15 días se realizaban recargas móviles a los participantes que asistían con frecuencia a las actividades virtuales.

Otra limitación que se presentó y también relacionada con la pandemia COVID-19, fue el no poder concretizar el apoyo de la Municipalidad y de otras autoridades de la zona de Lima Sur. En base a la previa experiencia en el piloto mencionado más arriba que se realizó durante el período 2012 - 2013, la colaboración de las autoridades fue de mucha ayuda para el desarrollo y continuación de algunas actividades después de la finalización y cierre del piloto.

### **4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados**

Los resultados hallados permitieron que la institución pueda documentar a través de manuales de intervención y diversos artículos científicos la viabilidad, aceptabilidad y efectividad del programa.

### **4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto**

Como principal aporte en el área de la psicología es repensar la forma como concebimos la prevención del VIH y el abordaje que tenemos con nuestra población objetivo; es decir, desde que horizonte nos aproximamos a conocer un contexto desconocido y cuan parametrizado puede ser nuestro acercamiento al regimnos por criterios heteronormativos, médico-patologizantes y punitivos.

Por muchos años, hasta la fecha persiste el estigma hacia las personas que presentan un diagnóstico VIH+, esto debido a muchas condiciones sociales que representa un gran obstáculo para fomentar una psicología libre de prejuicios y estereotipos. Por tal motivo, pasaremos a describir algunas las prácticas normativas de la medicina, psiquiatría y psicología sobre el VIH, las orientaciones sexuales y las identidades de género. Como menciona Foucault (2007), el poder muta en su significado y con ello a nuevas estructuras y sistemas sociales; por ejemplo, actualmente la religión ya no sostiene una gran presencia, como pudo estar presente en la edad media o a fines del siglo XIX; sin embargo, bajo el concepto de sociedades laicas; empieza la práctica normativa de la medicina y psiquiatría con sus criterios de diagnósticos para identificar a aquellas personas que no están sanas o están fuera de la heteronormatividad, aquellas que tienen algún desorden mental, aquellas que viven en la continua “promiscuidad”, pero sin ninguna evidencia o protocolo “científico” objetivo. Podemos poner de ejemplo, los cambios que se produjeron respecto al diagnóstico de la homosexualidad, antes considerado por el DSM – III como un trastorno mental; también podemos mencionar la histeria en las mujeres, como un problema que se creía que se remediaba con la extirpación del clítoris. Adicionalmente, con la nueva etiqueta de disforia de género, presente en el DSM – V, se sigue teniendo una concepción patologizante de las personas transgénero; pues debido al desconocimiento y falta de estudios se sigue etiquetando a

estas personas como “anormales”, carentes de identidad y derechos; asimismo, parametrizando el concepto de lo que significa ser mujer u hombre en la sociedad. Es decir, nos enfocamos en una “ciencia sexual biomédica”, como si este fuese el único camino que se podría recorrer para entender el fenómeno.

Por otra parte, se busca poner en evidencia las ventajas del uso de metodologías de empoderamiento y movilización comunitaria. Pues no es muy frecuente su uso en nuestro contexto, sobre todo en la población trans y homosexual, quienes presentan severas desventajas a nivel de salud mental a las que están sujetos debido al estigma y discriminación social; variables muy latentes que llevan a una mayor depresión y suicidio. Como expresa Núñez-Curto (2019), pese a que ya han pasado más de 15 años de acceso gratuito al tratamiento antirretroviral en nuestro país, un porcentaje de mujeres trans, siguen muriendo por causa del deterioro del VIH en su organismo. Si bien es cierto, este problema puede responder a distintas causales es importante señalar, bajo nuestro punto de vista, que responde a problemas estructurales en la que el Estado no garantiza una vida digna a estas personas. Además, las investigaciones de este tipo de temas fomentan una mejor salud mental a nivel colectivo, es importante mencionar el aporte como evidencia científica que pueden proporcionar en la creación de políticas públicas para facilitar el bien común y garantizar una vida digna a las personas de la diversidad sexual y de género; por ejemplo, hoy en día tenemos la iniciativa de la Ley de identidad de género, ley que busca que el Estado peruano reconozca y respete la identidad de las personas trans, esto reflejado en el cambio de sus datos en su Documento Nacional de Identidad (DNI) a través del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), proceso que hasta ahora no ha sido permitido.

Adicionalmente, a través de la presente investigación queremos reforzar la importancia de una metodología de empoderamiento y movilización comunitaria como

recurso que pueda ser utilizado en programas con personas de la diversidad sexual, claro está contextualizados a las demandas de la población objetivo. Actualmente, me resulta difícil concebir de manera separada el empoderamiento y movilización comunitaria, pues cuando la población o grupo objetivo se va organizando, cohesionando y sobre todo empieza a entenderse, al mismo tiempo se va empoderando, es decir las relaciones y vínculos que se van generando impactan en cada uno de los elementos de grupo, de tal manera que, desde mi punto de vista, el cambio se presenta en dos áreas. Por un lado, en el área personal, ya que la persona de manera consciente o inconsciente, comienza presentar cambios en sí misma producto de la interacción social con sus pares y, por otro lado, la transición en el área grupal, el grupo entendido como un agente macro sufre de diversas variaciones que le permiten dirigirse al punto en común acordado por cada integrante, cabe mencionar, que por temas explicativos separamos estas áreas, sin embargo, en la práctica real presentan una relación mutua y bidireccional; es decir, ambas áreas se nutren al mismo tiempo.

Finalmente, reafirmar que la psicología no está aislada de lo social y cultural, dejar de concebir a la psicología solo como forma reduccionista del diagnóstico o solo como la suma de conductas de seres inertes, toca romper la forma en que el resto y nosotros mismos queremos entender nuestra profesión, digo queremos, porque no es la única forma; que muchas personas piensen que solo somos números y etiquetas de diagnóstico, no quiere decir que no seamos seres humanos, llenos de emociones, sentimientos, carencias, virtudes y sobre todo seres sociales.

#### **4.2.4. Demandas profesionales requeridas**

##### **- *Competencias cognitivas***

- Conocimiento de las dimensiones, enfoques, modelos teóricos y criterios de normalidad en sexualidad.
- Análisis crítico sobre el aspecto histórico y sociocultural de la sexualidad.
- Capacidad para explicar el desarrollo sexual del ser humano y temas vinculados al placer, afecto y reproducción tanto de personas heterosexuales como LGBT+.
- Conocimiento y diferenciación de niveles de intervención en sexualidad.
- Comprensión de los lineamientos políticos peruanos en Educación Sexual Integral.
- Conocimiento de técnicas participativas en sexualidad.
- Análisis sistémico de las principales problemáticas en salud sexual y reproductiva: Embarazo no deseado, ITS/VIH/SIDA y violencia basada en género.
- Conocimiento de la realidad en materia de salud sexual y reproductiva en Perú.
- Comprensión de los principales modelos de consejería y orientación en sexualidad.
- Conocimiento de técnicas de consejería y orientación en sexualidad.

##### **- *Competencias actitudinales***

- Equidad e igualdad de género.
- Respeto a la diversidad sexual.

- Enfoque de derechos sexuales.
- Perspectiva humanista del cambio.
- Aceptación incondicional de la persona.

- ***Competencias metodológicas***

- Manejo de estrategias de intervención preventivo-promocional en sexualidad.
- Empleo adecuado de técnicas participativas en sexualidad.
- Facilitación de escuela para familias.
- Intervención educativa en sexualidad con público objetivo de niños/as, adolescentes, jóvenes, pareja y familias.
- Elaboración de programas educativos en sexualidad.
- Elaboración de sesiones de consejería y orientación en sexualidad.
- Manejo de técnicas de consejería y orientación en sexualidad aplicados a casos de sexualidad, embarazos no deseados, ITS/VIH/SIDA, violencia basada en género y derecho a decidir.

**4.2.5. Autoevaluación y autocrítica**

Dentro de las enseñanzas que me llevo de esta experiencia es la de comprender más a las personas, ver a la otra persona como un ser humano, más aún en una sociedad llena de problemas y poca coherencia. Además, aproximarme al otro desde la incertidumbre; es decir, no llegar desde la etiqueta de soy la psicóloga, la profesional y la que sabe del tema; sino todo lo contrario, ingresar en este nuevo espacio desde el desconocimiento, así lograr entender su mundo como si fuese parte de él, aun que sepa que quizá nunca forme parte de ello, pues entiendo que en determinadas luchas las y los

protagonistas son ellas y ellos mismos, yo solo una acompañante en el proceso, claro, si es que me lo permiten.

La enseñanza más valiosa es que todo cambio es posible, por más ínfimo que sea, se puede lograr. En este momento, mientras escribo estas palabras, lo más probable es que haya una persona que está luchando, activando, trabajando, etc. para lograr el cambio que queremos y sobre todo en personas de la diversidad, es decir, siguen caminando pese a las adversidades.

## RECOMENDACIONES

- Crear espacios comunitarios seguros para hombres gay (HG) y mujeres trans (MT).
- Incluir a las poblaciones clave en las decisiones políticas, de elaboración de estrategias de prevención del VIH y de financiación.
- Sensibilizar a la comunidad sobre los derechos de las personas de la diversidad sexual y de género.
- Implementar reformas en los currículos universitarios de profesiones del campo de la salud (psicología, medicina, enfermería, etc.) para incluir formación en enfoque de género, de tal manera que, los futuros profesionales estén capacitados para atender personas LGBTIQ+.
- Fomentar capacitaciones para profesionales de la salud mental con enfoque de género con énfasis en diversidad sexual y de género, y con un enfoque psicoterapéutico afirmativo para la atención de personas LGBTIQ+.



## CONCLUSIONES

- Es importante, tener en cuenta las necesidades identificadas colectivamente por los participantes HG/MT en las etapas de planificación e implementación de una intervención.
- Las estrategias de empoderamiento y movilización comunitaria son un componente clave para la prevención del VIH en población HG/MT, dado que, ayudan a promover el autocuidado de la salud sexual.
- La condición de pares de los coordinadores de campo hace sentir más cómodos y seguros a los participantes HG/MT, lo que favorece el aprendizaje de temas sobre VIH/ITS y la identificación con la casa comunitaria. Esta característica permitió que los participantes pudieran percibir a los coordinadores como un modelo a seguir.
- El sentido de pertenencia e integración ayudó a que la convivencia dentro de la casa comunitaria entre HG y MT se caracterice por tener una aceptación y valoración incondicional. Además, la formación de un comedor comunitario durante la pandemia COVID-19.
- El equipo de coordinación y seguimiento pudo generar contacto con la Municipalidad de SJM para compartir información sobre la intervención y lograr que las autoridades se comprometieran a apoyar la continuidad de actividades y la creación de una organización después del cierre de la intervención. Sin embargo,

por la pandemia COVID-19 y el cierre de las instalaciones de la municipalidad, esto no se pudo lograr concretar.

- Luego de la finalización y cierre del componente comunitario, el grupo impulsor conformado por algunos participantes HG y MT continúa esporádicamente reuniéndose para organizar actividades como proyección de películas, participación en la marcha virtual del Orgullo, etc.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maiorana, A. et al. (2016). “Proyecto Orgullo”, an HIV prevention, empowerment and community mobilisation intervention for gay men and transgender women in Callao/Lima, Peru. *Global public health*, 11(7-8), 1076-1092. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.116181>
2. Bermúdez, M., Ramiro, T., Teva, I. et al. (2018). Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 223-229. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.002>
3. Romani, L. et al. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 240-247. Recuperado de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>
4. Villaroel, R. (2020). Programa de intervención comunitaria para la prevención del VIH/SIDA en hombres homosexuales en Chile. *Horizonte De Enfermería*, 16(1), 71-79. Recuperado de <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sidaccion.pdf>
5. Jones, D. y Luján, S. (2020). Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas (Argentina, 2014-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035919>

6. Ramos-Jaraba, S. et al. (2021). Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(2), 232-239. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6043>
7. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (2020). *Mpowerment Project*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/rr/cdc-hiv-intervention-rr-good-mpowerment.pdf>
8. UCSF Center for AIDS Prevention Studies [CAPS]. (2017). *Manual del Proyecto Mpowerment: Versión en Español*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <http://mpowerment.org/wp-content/uploads/2017/01/mp-manual-espanol.pdf>
9. Geller, E. S., Bruff, C. D., & Nimmer, J. G. (1985). "Flash for life": Community-based prompting for safety belt promotion. *Journal of applied behavior analysis*, 18(4), 309–314. Recuperado de <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-309>
10. Rosen JC, Solomon LJ, editors. (1985). *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
11. Rappaport, J., Swift, C. & Hess, R. (1984). *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. New York: Haworth.

12. Freire, P. & Faundez, A. (1989). *Learning to question: A pedagogy of liberation*. New York: Continuum.
13. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed). New York: Free Press.
14. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA]. (2016). *Global AIDS Update 2016*. Recuperado el 9 de noviembre de 2021, de <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>
16. Silva-Santisteban, A., Raymond, H.F., Salazar, X. et al. (2012). Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. *AIDS Behav* 16, 872–881. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0053-5>
17. Clark, J. L., Konda, K. A., Silva-Santisteban, A. et al. (2014). Sampling methodologies for epidemiologic surveillance of men who have sex with men and transgender women in Latin America: an empiric comparison of convenience sampling, time space sampling, and respondent driven sampling. *AIDS and*

- behavior*, 18(12), 2338–2348. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0680-0>
18. Bastos, F. I., Cáceres, C., Galvão, J. et al. (2008). AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International journal of epidemiology*, 37(4), 729–737. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ije/dyn127>
19. Dirección General de Epidemiología [DGE]. (2013). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú*. Lima, Perú.
20. Cáceres, C. et al. (2012). *Estudio sobre los factores que incrementan la vulnerabilidad al VIH, riesgos de la feminización corporal, necesidades de educación y laborales de la población trans en las regiones intervenidas*. Ronda 10 del Fondo Mundial, Lima: UPCH.
21. Salazar, X. et al. (2013). *Salud sexual y reproductiva de mujeres trans viviendo con VIH*. Lima: IESSDEH, UPCH, ONUSIDA, UNFPA.
22. Salazar, X., Villayzán, J., Silva-Santisteban, A. y Cáceres, C. (2010). *Las personas trans y la epidemia del VIH/SIDA en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos*. Lima: IESSDEH, UPCH, ONUSIDA, AMFAR.

23. Cáceres, C. & Mendoza, W. (2009). The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps--a review. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 51 Suppl 1, S60–S66. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a66208>
24. Cardozo, N. et al. (2021). Navegadores pares como “puentes” entre las personas trans y el sistema de salud: sistematización de roles y competencias. *Revista Actualizaciones en Sida e Infectología [ASEI]*, 29(107), 125-135. Recuperado de <https://revista.infectologia.info/index.php/revista/article/view/83/89>
25. Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. París: Éditions Gallimard.
26. Núñez-Curto, A. (2019). Sufrimiento social, VIH y narrativas en torno a la muerte en mujeres trans en Lima. *Discursos Del Sur, Revista De teoría crítica En Ciencias Sociales*, (4), 25–44. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/discursos/article/view/17001>