



Facultad de Ciencias Sociales

Práctica y Habilitación Profesional

Trabajo Final Integrador

**Estudio de variables psicológicas en un grupo de mujeres
trans con VIH**

Autor: Medrano Díaz Samson, Vanina Giselle

Profesora: Dra. Analía Brizzio

Tutora: Lic. Inés Aristegui

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo General:	4
2.2 Objetivos específicos:	4
3. Hipótesis	4
4. Marco teórico	5
4.1 Trans: primeros acercamientos a su definición	5
4.2 La problemática de patologización	7
4.3 Mujeres trans y Salud mental.....	10
4.4 Depresión.....	12
4.5 Ansiedad	17
4.6 Rasgos de personalidad patológicos.....	19
4.7 Relaciones familiares	23
5. Estado del Arte	25
6. Metodología.....	28
6.1 Tipo de estudio.....	28
6.2 Muestra	28
6.3 Instrumentos	28
6.4 Procedimiento	30
6.5 Análisis de datos	31
7. Resultados y Discusión.....	31
7.1 Determinar si los niveles de depresión varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.....	32
7.2 Determinar si los niveles de ansiedad varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.....	36

7.3	Determinar si la presencia de rasgos de personalidad patológicos varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.	38
8.	Conclusiones	39
	Referencias	46
	ANEXO	58

1. Introducción

En el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional de la Universidad de Palermo, se realizó una práctica de investigación en una institución considerada un centro de referencia de relevancia nacional e internacional en la investigación en VIH/sida, hepatitis y otras enfermedades transmisibles y en la formación de recursos del equipo de salud. Esta institución participa en proyectos científicos tanto en el área de nuevos recursos terapéuticos, como en los aspectos epidemiológicos, psicosociales y humanos. La práctica constó de 280 horas, con una concurrencia de 3 veces por semana.

Entre las actividades realizadas en la Institución se pueden destacar, la administración de cuestionarios para una de las investigaciones sociales desarrolladas por la institución, la carga de los datos recolectados en estos cuestionarios en un sistema online, búsqueda bibliográfica, colaboración con diversas actividades que el equipo de investigación realiza y asistencia a reuniones en las que participan todos los integrantes de la institución.

A partir de una de las investigaciones sociales que se realizaron en la institución se planteó identificar niveles de depresión, ansiedad y rasgos de personalidad patológicos y determinar si éstos varían según la percepción del apoyo de la familia de origen en un grupo de mujeres transgénero con VIH.

Se denomina personas *trans* a las personas transgénero, es decir, personas cuyo sexo asignado al nacer difiere de su identidad de género o expresión actual. El presente trabajo utiliza la denominación *mujeres trans* para definir a las personas transgénero con identidad de género femenina (Winter, et. al., 2016).

2. Objetivos

2.1 Objetivo General:

Analizar los niveles de depresión, ansiedad y rasgos de personalidad patológicos y su asociación con el apoyo percibido por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

2.2 Objetivos específicos:

Determinar si los niveles de depresión varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

Determinar si los niveles de ansiedad varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

Determinar si la presencia de rasgos de personalidad patológicos varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

3. Hipótesis

A menor apoyo familiar percibido en relación a la identidad de género mayor nivel de depresión en mujeres trans.

A menor apoyo familiar percibido en relación a la identidad de género, mayor nivel de ansiedad en mujeres trans.

A menor apoyo familiar percibido en relación a la identidad de género, mayor presencia de rasgos de personalidad patológicos en mujeres trans.

4. Marco teórico

4.1 Trans: primeros acercamientos a su definición

En un artículo publicado por Winter, et. al. (2016) en la revista médica *The Lancet*, el autor refiere que las personas trans son aquellas que tienen un sexo asignado al nacer que difiere de su identidad de género o expresión actual. Esto se describe como una discordancia entre su identidad de género, entendida como el sentido personal de un individuo de su propio género, y su sexo asignado al nacer.

En cuanto a la aparición del término *transexualismo*, se puede encontrar un esbozo de él en la obra del médico alemán Magnus Hirschfeld, este médico y sexólogo fue el primero en plantear la teoría del tercer sexo e introducir términos como *travestismo*. Si bien no estableció diferencias entre travestismo, transexualidad y homosexualidad afeminada (considerándolos por igual formas intersexuales), sus aportes sentaron la primer base teórica sobre esta temática (Lorenci, 2013). En 1949, Cauldwell fue el primero en utilizar el término *Transexualismo*, exponiendo un caso clínico de una mujer que deseaba ser hombre y llamó a su estado *Psychopathia transsexualis*, desarrollándolo en un libro del mismo nombre (Bergero Miguel, et. al., 2004). El término sería desarrollado clínicamente y popularizado por Harry Benjamin (1953) en su libro *The Transsexual Phenomenon*. En este trabajo define a la transexualidad como la discordancia de género entre cuerpo y mente. Las personas trans sienten que pertenecen a otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto y no solamente parecer como tales. En 1976, el autor se refirió a la diferencia entre sexo y género, expresando que sexo es lo que se ve y género es lo que se siente, y afirmó que la armonía entre ambos era esencial para la felicidad. Por eso mismo para él se trataba de una enfermedad que no podía curarse con

psicoterapia, sino que necesitaba de una cirugía de reasignación sexual, denominada *cirugía de conversión* (Lorenci, 2013).

En esta misma línea, otro aporte fundamental lo realizó el sexólogo estadounidense John Money. En sus estudios sobre hermafroditismo, trasladó el término *género* de las ciencias del lenguaje a la medicina, alejándose del determinismo biológico y considerando que el género (masculino o femenino) se construye socialmente y no es definido por el sexo que el individuo tenga al nacer. En 1969, junto con el también médico Richard Green, publicó el libro *Transexualismo y reasignación de sexo*, que constituyó la primer descripción sistematizada de la transexualidad. A estos aportes se sumarían también los de Louis Gooren, endocrinólogo holandés, quien se centró en el estudio del origen biológico de la transexualidad y en el estudio de las terapias hormonales en pacientes transgénero (Money & Ehrhardt, 1972). Para contribuir a la necesidad de una definición más específica, en 1973 el médico inglés Norman M. Fisk propone el término *síndrome de disforia de género* para denominar no sólo la transexualidad sino también otros trastornos relacionados con la identidad de género (Gómez, Cobo & Gastó, 2006).

En cuanto a las calificaciones psiquiátricas internacionales, en 1980 apareció el término *transexualidad* por primera vez en el DSM III (A.P.A., 1980) dentro del capítulo *Disfunciones psicosexuales*. En su definición incluía a individuos con disforia de género que hubiesen demostrado tener al menos por dos años un continuo interés en transformar el sexo de sus cuerpos y su situación social de género.

En el DSM IV (A.P.A., 1994) se abandonó el término usándose *Trastorno de identidad de género*. Este cambio significó una ampliación de los sujetos incluidos, ya que incluiría a aquellos que sienten un género diferente al biológico aunque no transformen su cuerpo clínicamente.

En la CIE 10 (O.M.S., 1992) aparece el transexualismo como diagnóstico dentro de los trastornos de identidad sexual. Se define como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto. Este deseo suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido. Para ser diagnosticados de este modo, la identidad tiene que haber estado presente al menos durante dos años y no ser síntoma de otro trastorno mental ni anomalía intersexual.

4.2 La problemática de patologización

Según Usaola y Zarco (2011), las discusiones y debates sobre la condición de trans atravesaron distintos momentos desde la definición del término. En los años 60, cuando se crearon en Estados Unidos las primeras clínicas de reasignación de sexo, el debate estaba centrado en cuáles eran los criterios para seleccionar a los pacientes. Estos criterios podían ser conceptuales o teóricos, los primeros eran utilizados por el mencionado doctor Money y su colega Eugene Meyer en la clínica donde trabajaban (el Hospital Johns Hopkins, una de las principales clínicas americanas de reasignación de sexo) su propuesta era despatologizar la transexualidad, sugiriendo a sus pacientes que asumiesen el rol del sexo contrario al menos durante un año. Esta línea de pensamiento se condice con lo anteriormente mencionado sobre Money: según su concepción, el género no solo no estaba determinado por el sexo biológico, sino que podía reeducarse. Entre aquellos profesionales que utilizaban los criterios teóricos se proponía como pauta la manifestación de características evidentes desde temprana edad (como por ejemplo, un hombre que desde niño se haya comportado afeminado y nunca haya mantenido relaciones con una mujer). Para este grupo de profesionales, el

género no era una cuestión de elección y debía estar determinado por factores más rigurosos.

Este estado de situación, donde aún no estaba definido concretamente el término *transgénero* y la mayor referencia teórica se encontraba en el libro de Benjamin y, en segunda instancia, el de Money, era complejo realizar nuevos avances sobre las características de las personas trans, ya que muchas de ellas adoptaban las características descritas en los libros para poder acceder a la operación de cambio de sexo (Stone, 1991). Un aporte interesante lo realizaría Leslie Lothstein a fines de la década del 70. Lothstein (1981) realizó estudios que concluyeron que los transexuales, como grupo, tenían ciertas patologías que los caracterizaban. Como ya se mencionó, sería recién en el año 1980 que la transexualidad aparecería definida en el Manual Diagnóstico, catalogándola como patología en sí.

Un quiebre importante en las concepciones de sexo y género fueron los aportes realizados en la década del 90 por la filósofa Judith Butler (2001). La autora afianza la idea de que el género es una construcción social, pero plantea que el sexo también lo es. Las teorías que hasta el momento diferenciaban sexo de género (sea que considerasen al género como una interpretación cultural del sexo o lo diferenciaban indefectiblemente) siempre consideraban al sexo como algo *natural*. Butler considera que ambos son construcciones y aleja sus definiciones de la construcción binaria masculino-femenino que regía hasta entonces. Este nuevo planteamiento permitió sentar la base argumentativa para una serie de colectivos (minorías sexuales, entre los que se incluye a las personas trans) que buscaban (y aun buscan) salir de la esfera patologizadora y estigmatizante (Sabsay, 2007). Al poder argumentar que tanto el sexo como el género son constructos sociales, permitió empezar a focalizarse en las problemáticas que tienen derivadas de su condición y no ver a su condición como una problemática (Suess, 2011).

La evolución de las posturas planteadas derivó en diversos estudios y modificaciones en referentes teóricos y médicos. La Asociación de Psiquiatría Americana (A.P.A., 2009) definió al término transgénero como un concepto abarcativo que se utiliza para describir a todas aquellas personas cuya identidad de género no se corresponde con la división tradicional de género femenino y masculino y difiere del sexo asignado al nacer. En el 2013, en su quinta edición, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), estableció que esta condición no fuera considerada una patología, y reemplazó el diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género, que se presentaba en su cuarta edición (DSM-IV), por el de Disforia de Género, donde la presencia de niveles de estrés clínicamente significativos y que dificulten el normal funcionamiento de la persona son los aspectos críticos para el diagnóstico.

Según un estudio realizado por Rodríguez-Molina, Pacheco-Cuevas, Asenjo-Araque, García-Cedenilla, Lucio-Pérez, y Becerra-Fernández (2014), las personas trans no presentan aspectos que se puedan considerar psicopatológicos y plantean que esto se condice con estudios anteriores. Aunque son pocos los estudios existentes, se ha observado que la mayoría de las personas trans no presentan trastornos psiquiátricos (Bockting, et. al., 2006; Gómez-Gil, Vidal-Hagemeyer, & Salamero, 2008). Siguiendo con lo planteado por Rodríguez-Molina, et. al. (2014) expresaron que las personas trans presentarían rasgos paranoide y delirante, pero en los test realizados, los items que se mostraron más fuertes se referían a situaciones tales como *la gente habla de mi o me miran por la calle*, lo que en realidad muchas veces es cierto y no supondría ningún rasgo de personalidad delirante o paranoide. En este sentido, los autores plantearon la necesidad de ajustar los instrumentos que se utilizan para ésta población. Otros autores, al estudiar la prevalencia de enfermedades mentales severas, definiéndolas como una disrupción en el ánimo o la personalidad que afecta la vida, el trabajo o las relaciones de las personas, expresaron que no se han

encontrado diferencias entre la población trans y la población general (Cole et. al., 1997, citado en Aristegui, 2014). Sin embargo, en otros estudios se observaron mayores niveles de ansiedad, depresión, abuso de sustancias e intentos de suicidio que en la población en general (Bockting, Huang, Ding, Robinson & Rosser, 2005; Clements-Nolle, Marx, Guzman, & Katz, 2001). Los autores Esbec y Echeburúa (2014), realizaron una revisión sobre los instrumentos de medida disponibles en español para la evaluación de los trastornos de personalidad según el DSM-V, en el cual mencionan el inventario de personalidad del DSM-V, el PID-5, y hacen referencia a su característica para evaluar los rasgos de la personalidad patológicos.

Sin embargo, la Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans (2012) continúa promoviendo un debate en cuanto a la desclasificación o despatologización de la Transexualidad. En este marco cabe destacar que en julio del 2016 la revista *The Lancet* publicó un estudio realizado entre 250 personas trans con el objeto de analizar si la O.M.S. debe cambiar su clasificación médica (Robles, et. al., 2016). En el estudio se presentaban casos de diferentes problemáticas padecidas por esta población, derivadas de la estigmatización que conlleva su condición. La reconceptualización y la reclasificación correspondiente en la CIE-11 podrían servir como un instrumento útil en la discusión de políticas de salud pública dirigidas a aumentar el acceso a los servicios adecuados y la reducción de la victimización de las personas trans.

4.3 Mujeres trans y salud

No se han encontrado muchos estudios realizados hasta el momento sobre posibles patologías específicas de las mujeres trans. Sin embargo, se pudo encontrar que autores como Grant, Flynn, Odlaug y Schreiber (2011) realizaron un estudio que trató de examinar los trastornos de la personalidad y sus variables

clínicas relacionadas con una muestra de homosexuales, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) con trastornos por consumo de sustancias. Los trastornos de personalidad más comunes fueron: limítrofe, obsesivo-compulsivo, y de evitación. Los datos preliminares sugieren que existe una alta prevalencia de trastornos de la personalidad en la población LGBTI en tratamiento por consumo de sustancias. Pero los autores plantean que hay que realizar más estudios y poder discriminar a qué se deben estos trastornos de personalidad.

Meyer (1995, 2003) desarrolló un modelo psicosocial de *estrés de minorías* para afrontar los efectos del prejuicio hacia las minorías. Según este autor, las personas que forman parte de grupos minoritarios están expuestas a estresores sociales específicos como ser, prejuicios, expectativas de rechazo, huida y ocultamiento. Según Rocha-Buelvas (2015), la violencia en contra de las minorías sexuales afecta la autoestima, favorece la desesperanza e, indefectiblemente, las conduce al riesgo de experimentar ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio o riesgo suicida. Lemaitre (2009), expone que esta violencia que dispara suicidios empieza en la intimidad del seno familiar, donde estas minorías experimentarían rechazo, insultos y/o golpes. Esta violencia genera elevados niveles de estrés y angustia en sus miembros. (Alberta Mental Health Board, 2007, citado en Rocha-Buelvas, 2015)

Por otra parte, Rodríguez-Molina, Araque, Fernández y Pérez (2015) refieren que una persona puede disparar una respuesta de estrés si valora como peligroso el entorno o si valora que no tiene recursos suficientes para afrontarlo. Ambas situaciones están potencialmente presentes en la población trans. Si bien los mecanismos por los que las personas trans presentan ansiedad o depresión son los mismos que en el resto de la población, se trataría de determinar sus respuestas ante estímulos que real o potencialmente son fuente de estrés o de conductas de depresión más habitualmente para personas trans. Por ejemplo, ver

sus propios genitales no es una fuente de estrés habitual en la población general, pero sí parece serlo en esta población. Del mismo modo se trataría de evaluar riesgos potenciales futuros, por ejemplo, estrés provocado al comunicar su proceso transexualizador a terceras personas.

4.3.1 Mujeres trans y VIH

Si bien son escasos los estudios sobre mujeres trans y VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana), las personas trans que viven con VIH se enfrentan a retos únicos en cuanto a la adherencia y los cuidados de tratamiento de esta enfermedad. Según Del Carmen Meléndez Sáez, Rodríguez Gómez y Pastrana (2015) en la complejidad de los factores asociados a la adherencia del tratamiento está implicada una interacción dinámica entre las variables de comportamiento y el desarrollo cognitivo y emocional. Un estudio realizado por estos autores arrojó que el principal factor de adherencia al tratamiento antirretroviral es el apoyo social, lo que implicaría que este tiene una significancia clínica.

Teniendo en cuenta las variables que se analizan en el presente trabajo, encontramos que la depresión es un problema debilitante y común para las personas que viven con VIH (Safren, Hendriksen, Mayer, Mimiaga & Otto, 2004). Se estima que un 30% de las personas que viven con VIH padecen de depresión (Impacto, 2005). La OMS (2008) y ONUSIDA (2008), refirieron que tanto Asia, Estados Unidos, como América Latina mostraron un alta prevalencia de VIH en mujeres trans, demostrando un alto riesgo frente a la infección por VIH en esta población. Un estudio realizado en Puerto Rico (Toro Alfonso, 1995), el primero con personas trans, concluyó que el 68% de las participantes experimentaba regularmente síntomas asociados a altos niveles de ansiedad y depresión. Otros estudios demostraron altas tasas de depresión, angustia emocional, soledad y

aislamiento social en personas trans que viven con VIH. (Operario & Nemoto, 2010)

Poteat, Keatley, Wilcher y Schwenke (2016) publicaron un artículo para un número especial de la Revista de la Sociedad Internacional del Sida (JIAS) titulado *Evidence for action: a call for the global HIV response to address the needs of transgender populations (Pruebas para la acción: una llamada para la respuesta mundial al VIH para hacer frente a las necesidades de la población transgénero)*. En este artículo exponen que las mujeres trans continúan estando muy afectadas por VIH, teniendo 49 veces más probabilidades de vivir con VIH que los adultos no transgénero.

El hecho de que las personas trans se enfrenten a situaciones de discriminación y violencia lleva a un incremento en la vulnerabilidad a la infección por VIH y dificultaría su acceso a la asistencia. Estrada-Montoya y García-Becerra (2010), expresaron que esta vulnerabilidad frente al VIH que enfrentan las personas trans son a menudo mucho más elevadas en comparación con las que enfrentan los hombres que tienen sexo con otros hombres. Se ha demostrado que las personas trans enfrentan niveles muy altos de marginalización, violencia, estigma y discriminación, y éstos afectan su acceso a vivienda, empleo, y lo más importante, a cuidados de salud.

La antropóloga Serena Nanda (2000) expuso que el proceso de adoptar una identidad de género diferente a la asignada al momento de nacer generalmente lleva a la expulsión del hogar, la escuela y la sociedad en general. Esta expulsión, o la autoexclusión, de un sistema educativo que estigmatiza y discrimina a las minorías transgénero, lleva a que muy pocas finalicen el nivel secundario de educación. Esto contribuye a que se reduzcan las oportunidades de empleo, y llevaría a que las personas trans que buscan trabajo deban enfrentar la

discriminación basada en su apariencia física y eso deja a las personas trans pocas opciones en el mundo del trabajo, entre ellas la prostitución.

Por su parte Lamb (2008), plantea que, aunque las vulnerabilidades mencionadas son compartidas con otras trabajadoras sexuales, así como también con usuarios de drogas intravenosas y hombres que tienen sexo con hombres, la identidad de género ha llevado a una combinación particular de vulnerabilidades que finalmente resultan un riesgo mucho más alto frente a la infección por VIH entre la población de mujeres trans. Estudios que comparan la prevalencia de VIH entre personas transgénero, que realizan trabajo sexual y las que no, muestran cómo el trabajo sexual puede incrementar significativamente el riesgo de VIH para muchas mujeres trans (Estrada-Montoya & García-Becerra, 2010) Si bien es cierto que uno de los motivos por los que ocurriría esto es por la cantidad de ellas que se dedican al trabajo sexual las estadísticas alcanzan a toda la población trans femenina, sin importar su trabajo o nivel socioeconómico. (Operario, Soma & Underhill, 2008)

4.3.2 Depresión

Con el fin de clarificar los conceptos que serán trabajados a modo de variables, es importante adentrarse brevemente en la definición de ellos.

La depresión es considerada el trastorno mental que se diagnostica con más frecuencia, del mismo modo que su sintomatología es el mayor motivo de consulta (Rosenfeld, 1999). Aun siendo así, desde el descubrimiento de su sintomatología hasta la actualidad se ha dificultado definirla clínicamente.

Previó al surgimiento de la psicología como disciplina, médicos como Pinel y Greisinger consideraban a la depresión como un sinónimo de la melancolía. Llegando a fines del siglo XIX, Emil Kraepelin (1887) diferenció entre la

melancolía (que consideraba un tipo de demencia) y la depresión, que utilizó para describir el estado de ánimo disfórico (Jackson, 1986). A pesar de que ya en ese entonces Kraepelin distinguió claramente entre la depresión y la melancolía, la ambigüedad en la definición del término que se prolongaría hasta nuestros días es probablemente el resultado de la falta de precisión en la clasificación de los trastornos afectivos y las diferencias entre la depresión como un estado de ánimo afectivo que varía en intensidad y el diagnóstico de la depresión como un trastorno psiquiátrico (Beckham, 1991; Beckham, Leber & Youll, 1995; Jackson, 1995; Koebler, Moul, & Farmer, 1995).

Hacia mitad del siglo XX comenzaron a aparecer criterios relativamente precisos para los trastornos del estado de ánimo. En la primer edición del DSM (1952), la depresión se define como un trastorno mental afectivo con el estado de ánimo disfórico y pérdida de interés. Además, comprende un espectro de variantes clínicas de acuerdo con la evolución, respuesta al tratamiento, tendencia a la cronicidad, recurrencia, y gravedad, que pueden manifestarse con diferentes grados de intensidad, desde trastornos leves hasta alteraciones graves con síntomas psicóticos (Moran y Lambert, 1983). Esta definición se mantuvo sin cambios en la segunda edición del manual (1968), solo que se proporciona una guía para la construcción de la Escala de Valoración de la Depresión (HRS-D) y la forma original del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Spielberger, Ritterband, Reheiser & Brunner, 2003).

Estos elementos de pruebas psicométricas que se agregan contribuyen a definir la depresión y los criterios de diagnóstico. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) es uno de los instrumentos más utilizados. Es un autoinforme de 20 ítems, desarrollado originalmente por el Centro para Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos a través del Community Mental Health Assessment (Radloff, 1977). Fue creada por lo anteriormente señalado: la necesidad de contar con un instrumento confiable y

válido para poder planificar programas de salud. La escala fue derivada a partir de otras medidas de depresión previamente validadas: los mencionados Inventario de Depresión de Beck [BDI] (Spielberger, C.D., Ritterband, L. M., Reheiser, E. C. & Brunner, T. M. ,2003), la Escala de Depresión de Zung, partes del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota [MMPI], la Escala de Autorreporte de Depresión de Raskin y la Lista de Síntomas de Gardner. Partiendo de estos instrumentos se seleccionaron los ítems que dieran cuenta de los síntomas más relevantes del trastorno depresivo: afecto distímico, sentimientos de culpa, desesperanza y desamparo, afecto positivo disminuido, retardo psicomotor, pérdida de apetito y problemas de sueño (Radloff, 1977), con un ligero énfasis en los síntomas afectivos (Breithaupt & Zumbo, 2002). Desde su creación, la CES-D se ha transformado en una de las medidas breves de depresión más utilizadas en el mundo.

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (O.M.S., 1992): episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el DSM-V (A.P.A., 2013): episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado.

En la actualidad, según informó la O.M.S. (2016), la depresión es considerada una de las mayores afecciones a la salud humana. La Organización Mundial de la Salud estima que 350 millones de personas actualmente sufren de alguna forma de depresión clínica. A pesar de ello, los sistemas de salud no cuentan ni con la capacitación ni con la instrumentación adecuada para detectar esta patología. Por este motivo es necesario fomentar la inclusión y difusión de instrumentos adecuados para la atención de este problema. Muchas personas con depresión pueden padecer síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

4.3.3 Ansiedad

La ansiedad es una emoción que se experimenta como anticipación mental fatalista. Cuando este presentimiento es hacia un objeto concreto, se denomina “miedo”. Cuando, en cambio, la sensación es un estado persistente y difuso, sin referente concreto, se denomina ansiedad o angustia. (Bulacio, 2010)

La ansiedad suele ir acompañada de acciones somáticas notorias, siendo casi la única emoción que manifiesta estos grados de tensión. Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos: Físicos, cognitivos, conductuales y sociales. (Ayuso, 1988).

A lo largo de su vida, toda persona siente un grado moderado de ansiedad, ya que es una respuesta adaptativa del ser humano, un mecanismo de defensa emocional ante situaciones que desconoce e intuye ajenas o peligrosas. (Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad se generaliza, manifiesta fuera de los parámetros normales de intensidad, frecuencia o duración o se vincula con estímulos inofensivos para el organismo, puede derivar en un cuadro patológico. La ansiedad, al manifestarse como síntoma, puede ser parte de un cuadro clínico mayor o derivar en los denominados trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son afecciones psiquiátricas que involucran ansiedad excesiva e incluyen: trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social. No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos solo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de ansiedad. En casos de

ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de baja intensidad, corta duración, y no incapacitantes. (Bulacio, 2010)

La incorporación como objeto de estudio por parte de la psicología es tardía. Como antecedentes podemos encontrar vestigios en la obra de Freud, quien en 1895 menciona síntomas como “expectativa angustiada, vértigo, parestesias, espasmos cardiacos, sudoración, disnea e irritabilidad” y de agorafobia, “recuerdo de ataques de angustia; temor a situaciones en las que no podrá escapar” (Freud, 1975). Sería recién en 1920 que comenzaría a abordarse desde diversas perspectivas, cuando Oppenheimer habla de “Astenia neurocirculatoria” (Bulacio, 2010)

Ya a mediados del siglo XX surgen los criterios diagnósticos del DSM y de la CIE. En el DSM II (APA, 1968) ya se menciona la definición de ‘neurosis de ansiedad’. Sería recién en los años ochenta cuando se comienza a describir las características de la ansiedad más detalladamente. El DSM III (APA, 1980) menciona el trastorno por pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de estrés postraumático y trastorno de agorafobia con o sin pánico; El DSM III-R (APA, 1987), clasifica el trastorno de pánico con y sin agorafobia. A su vez da criterios para clasificar la agorafobia. Las principales modificaciones del DSM III – R (APA, 1987) al DSM IV (APA, 1994) se refieren a especificación de criterios y tipos (dentro de categorías), así como a la inclusión de nuevas categorías.

Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Tobal (1996) realiza un esbozo de definición: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una

reacción excesiva o irracional a una situación particular. La ansiedad se termina viendo como una reacción emocional que incluye sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación; se caracteriza por ser anticipatoria y tener un valor funcional (Sandín, Chorot. Santed & Jimenez, 1995).

Como ya hemos visto para la depresión, la ansiedad también suele ser evaluada a través de cuestionarios. El más utilizado por su fiabilidad y validez es la escala "State-trait Anxiety Inventory" (STAI). Comprende escalas separadas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como Estado (E) y Rasgo (R). Cada escala consta de 20 ítems, las respuestas a cada uno de los ítems se registran en una escala likert de 4 puntos (0 nada, 1 algo, 2 bastante, 3 mucho) y se ha utilizado con éxito para medir la ansiedad y el estrés antes de procedimientos quirúrgicos (Moix, 1997).

En el presente estudio se utilizó la subescala de ansiedad – rasgo. Esta escala puede detectar las características de un posible trastorno de ansiedad. Los rasgos de ansiedad son disposiciones que permanecen latentes hasta que se activan por algunos estímulos de situaciones. Estas disposiciones son residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1997). La variable ansiedad-rasgo (A/R) puede ser utilizada en investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con distintos niveles de intensidad de la A/E (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2002).

4.3.4 Rasgos de personalidad patológicos

Considerando las diversas perspectivas desde las cuales puede abordarse la personalidad, diremos brevemente que la personalidad está compuesta por rasgos que son disposiciones o tendencias de la persona a comportarse y

responder a los otros de una manera consistente. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de relacionarse, percibir y pensar el entorno que se expresan en diversos contextos sociales y personales. Cuando alguno de estos rasgos predomina, se manifiesta intensamente o causan un deterioro funcional significativo se puede hablar de trastornos de personalidad (Millon, 1997).

En 1976 Millon propuso una clasificación para los trastornos psiquiátricos así como una teoría de los trastornos de personalidad. El modelo que planteó influyó directamente en lo que sería Eje II del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* a partir de su tercera versión. Millon definió a los patrones de personalidad patológicos como características enraizadas del individuo que tienden a invadir paulatinamente diversas esferas de la vida cotidiana, perpetuándose en círculos viciosos. Por la característica intrínseca de estos rasgos, muchas veces el individuo que los padece no advierte su presencia ni sus consecuencias.

En esta misma línea, Esbec y Echeburúa (2011) plantean que la personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás. Cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, de inicio precoz, resistentes al cambio y causan deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, estos son considerados patológicos.

Kurt Schneider (1943) planteó una perspectiva categorial, la cual fue utilizada para la clasificación de los trastornos de personalidad del DSM IV y el CIE 10, donde considera a los trastornos de personalidad como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí, donde cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas. Este juicio categorial consiste en *tener o no tener* el trastorno y tiene la ventaja de ser parsimonioso a la hora de conceptualizar un síndrome, como así también para transmitir la información a otros clínicos.

Esbec y Echeburúa (2011) hacen referencia a las configuraciones anómalas de la personalidad siendo estas: egosintónicas o egodistónicas. Las primeras son personalidades que hacen sufrir, no aceptan que tienen un trastorno, tienen problemas en las relaciones interpersonales y piensan que son los demás los culpables de ello, son incapaces de mantener un trabajo estable o una relación afectiva prolongada en el tiempo; este tipo de personalidades puede tener síntomas depresivos o ansiedad y, sin embargo, no responder a los tratamientos convencionales. Por el contrario, los egodistónicos, sufren, se sienten desgraciados y les gustaría ser de otra manera. Todas las clasificaciones actuales de los trastornos de personalidad exigen tres cosas, que el comienzo del trastorno se ubique en la infancia o adolescencia, es decir que sean de inicio precoz; que haya una persistencia de la conducta en el tiempo y en casi todas las situaciones, esto está relacionado con la estabilidad y consistencia; y por último, que cause sufrimiento personal, problemas en el trabajo o dificultades en las relaciones familiares o sociales. Sin embargo, algunos trastornos no son tan inflexibles ni tienen tan mal pronóstico.

El DSM-V (APA, 2013), propone seis categorías específicas de trastornos de personalidad, definidos dimensionalmente por sus rasgos correspondientes: antisocial, límite, narcisista, evitativo, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. El PID-5 (The Personality Inventory for DSM-5) en su versión abreviada (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2013) para adultos evalúa rasgos de personalidad patológicos, a través de un autoinforme diseñado específicamente para el sistema clasificatorio del DSM-V. La sección 3 del DSM-5 presenta un modelo alternativo dimensional-categorial, donde las categorías diagnósticas derivadas de este modelo incluyen la valoración de 5 dimensiones de personalidad (facetas-rasgo), que son variantes desadaptativas de los cinco dominios validados en el modelo de los "cinco grandes" (Big Five).

Los rasgos de personalidad incluidos y sus características son: afectividad negativa (labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresividad, suspicacia, afectividad restringida), desapego (retraimiento social, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida, suspicacia), antagonismo (manipulación, falta de honradez, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad), desinhibición (irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, temeridad, carencia de perfeccionismo) y psicoticismo (creencias y experiencias extrañas, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva) (DSM-V, 2013).

Si bien, el DSM-V se centra en los rasgos de personalidad relacionados con la psicopatología, pueden valorarse los rasgos de personalidad resiliente identificados como los polos opuestos de los rasgos patológicos, es decir, estabilidad emocional, extraversión, amabilidad, responsabilidad y lucidez (Esbec & Echeburúa, 2014).

El PID-5 mencionado es la medida del modelo dimensional de 25 rasgos propuesta para el DSM-5. Existen varias formas disponibles on-line en el dominio DSM5.org de la APA: a) Formato de 220 elementos para adultos (25 facetas-rasgo y 5 dominios); b) Formato breve de 25 ítems centrado en los 5 dominios; y c) formato para niños de 11-17 años. En la página web se encuentra explicado el sistema de corrección, así como la forma de prorratear los ítems ausentes. La versión completa para adultos consta de 220 ítems valorados en una escala Likert como 0 (muy a menudo o falso), 1 (algunas veces o un tanto falso), 2 (a veces o algo cierto) y 3 (muy verdadero o frecuentemente cierto). Este instrumento contiene escalas para las 25 facetas-rasgo incluidas dentro del modelo. En el formato breve (25 ítems), el cual utilizamos en este estudio, se obtienen sólo los 5 dominios de la personalidad. Así, por ejemplo, el dominio afectividad negativa se consigue con los siguientes ítems (que hay que valorar en un rango de 0 a 3): “Me preocupo casi por todo; a menudo me emociono fácilmente sin razón aparente;

tengo miedo de estar solo en la vida más que cualquier cosa; me quedo bloqueado cuando hago las cosas, incluso cuando está claro que van a funcionar; me irrito con facilidad por cualquier cosa”. Diferentes estudios han mostrado convergencia entre los factores y rasgos del PID-5 con el MMPI-2 PSY-5 (Anderson et al., 2013; Sellbom, Anderson y Bagby, 2013), con el NEOPI-R (Gore y Widiger, 2013; Thomas et al., 2013; Bastiaansen et al., 2013), con el Inventario de Problemas Interpersonales (Wright et al., 2012), con el modelo HEXACO (Ashton et al., 2012) y con el PAI (Hopwood et al., 2013), entre otros.

4.4 Relaciones familiares

Si bien en el presente trabajo analizaremos específicamente la influencia del apoyo de la familia de origen en los niveles de ansiedad, depresión y rasgos patológicos presentados, es importante realizar una breve revisión de la importancia de la variable *apoyo social* en la salud mental.

El concepto de Apoyo Social Percibido fue definido por Gottlieb (1983) como un constructo multidimensional que está formado básicamente por dos áreas: la estructural, que incluye los vínculos sociales establecidos, y la funcional, que hace referencia al tipo de apoyo recibido. Los indicadores de apoyo social a analizar son la perdurabilidad, tamaño y continuidad del vínculo con familiares y amigos (área estructural) y el sentido de pertenencia, el apoyo emocional y el apoyo tangible (en el área funcional) (Martine, y Newsom, J.,1999).

Retomando la variable específica de apoyo familiar, Baptista y Oliveira (2004), refirieron que éste se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, dialogo, libertad, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia.

Rodriguez-Molina, Asenjo-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernandez (2011) plantearon que las personas trans podrían desarrollar durante su vida diversos problemas psicológicos, como ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, aislamiento social, y que en muchos casos estos problemas se deben, entre otras cosas a diversos tipos de rechazo que la persona trans puede sufrir. Pero estos autores lo plantean desde una perspectiva diferente, expresando que se trataría entonces, de un problema de contenido biopsicosocial y no de una enfermedad mental, y los trastornos psicológicos serían subsecuentes al problema y no la causa.

Por su parte, Clark y Dunbar (2003) plantean que la familia se muestra como una importante proveedora de soporte en el ámbito de la salud de sus miembros y que por medio de la interacción familiar es que el individuo se desarrolla y adquiere valores y creencias que lo ayudarán en futuros relacionamientos sociales. Pero no sólo la familia, sino también el ambiente se muestran influyentes en el desarrollo de la personalidad o rasgos conductuales.

Para Arpini y Quintana (2003), la formación de los individuos desde el punto de vista psicológico, incluyendo la percepción de sí mismo, es producto de diversas interacciones biopsicosociales, inclusive de las relaciones familiares y de los soportes que existen en el medio en que la persona vive. Tamayo (1981), definió esta percepción como autoconcepto y puede ser concebido como una actitud valorativa y de identificación que el individuo tiene sobre sí mismo. Mendonca (1989) destaca el autoconcepto como una de las variables resultantes de la interacción entre las personas. En el proceso de formación del autoconcepto algunas variables pueden actuar directamente en esa concepción, como la clase social, el barrio donde vive, la comunidad y principalmente las relaciones establecidas en el ámbito familiar (Teixeira & Giacomoni, 2002). Según Tamayo (1981), la formación del autoconcepto está relacionada con el soporte social y

familiar, por este motivo, el individuo con percepciones sociales y familiares positivas tiende a presentar un autoconcepto positivo y viceversa.

5. Estado del Arte

Si bien la población trans presenta características que requieren análisis específicos de diversos factores sociales, no abundan estudios sobre las repercusiones de la condición trans en la salud mental de esta población. Sin embargo en los últimos años, sumado a los debates relacionados con la despatologización del término y la búsqueda de una legislación inclusiva, la problemática de las personas trans (estos es, no ya la visión de su condición como una problemática, sino el análisis de las problemáticas derivadas de su condición) comenzó a ser el centro de diversos estudios cuantitativos y cualitativos. Si bien comenzaron en EE UU, se fueron expandiendo lentamente en Latinoamérica y el Caribe. Aunque en un comienzo limitados en el uso de variables, progresivamente se detienen a analizar problemáticas específicas en pos de la búsqueda de soluciones concretas. (Bockting & Keatley, 2013)

Los estudios encontrados realizados en pacientes trans con VIH, mayormente se enfocan en la relación de su enfermedad, condiciones de vida y salud mental. Si bien no es el objetivo del presente estudio, si nos interesa destacar algunas conclusiones que se relacionen con la hipótesis que establecimos.

Un estudio realizado en ocho personas trans de Puerto Rico para analizar la adherencia de la terapia retroviral con variables como la depresión y el apoyo social (Meléndez, Rodríguez & Vélez, 2015), concluyó que en el único caso que se había establecido una relación directa era en la variable de apoyo social. Aquellas

pacientes que habían recibido mayor apoyo, demostraron una mejor respuesta a los tratamientos.

En una línea similar pero realizada en el territorio argentino, un estudio cualitativo que analiza el impacto en la calidad de vida de personas trans con VIH que sufren discriminación y estigmatización, destaca como una de las variables positivas el apoyo social (familiar o de compañeras) en la valoración satisfactoria de la vida propia (Aristegui & Vázquez, 2013)

Dentro del territorio argentino también se han encontrado estudios que apuntan a resaltar la influencia de la discriminación y estigmatización social en la dificultad o resistencia de la población trans femenina para acercarse a centros de salud. (Socías, et. al., 2014) realizaron a nivel nacional en el 2013 en el que participaron mujeres trans Argentinas. Se concluyó que un poco menos de la mitad de ellas evitaron buscar atención médica regularmente debido a su identidad transgénero, ya que percibían la discriminación no solo en el ámbito exterior, sino dentro de los mismos centros de salud. Esta clase de estudios son importantes para tratar de entender el alto porcentaje de mujeres trans con VIH y sin tratamientos.

Otros estudios han apuntado específicamente a encontrar síntomas de depresión e intentos de suicidio en la comunidad LGBT. Un estudio realizado en Nebraska en 2010 (Su, Irwin, Fisher, Ramos, Kelley, Rogel. & Coleman, 2016) encontró que, si bien la población LGBT lleva una carga mucho mayor de problemas de salud mental en relación con la población general (en relación 2-10) se evidencia que las probabilidades de síntomas de la depresión son aún mayores entre los individuos trans. Esto se debe a diversos factores relacionados con la dificultad de auto aceptación de su cuerpo, el sufrimiento de una discriminación mayor y la consecuencia de una situación socioeconómica desfavorable.

Uno de los aportes fundamentales para delimitar el análisis de patologías en personas trans fue el estudio realizado por Bockting, Miner, Swinburne, Autumn y Coleman (2013) Este estudio ofrece un importante aporte teórico, destacando el concepto “estrés en minorías”, diferenciándolo claramente del estrés que puede sufrir la población en general. Los autores hacen referencia a la población GLBT como minorías, y plantea que la afirmación de la identidad y la revelación hacia otros pares en circunstancias similares, tanto los amigos, familiares y terapeutas, han mostrado un mejoramiento en la salud mental de esta población, aliviando los efectos negativos provocados por el estrés que sufren las minorías. Siguiendo con esta misma idea, expusieron que el efecto positivo fue atribuido, en parte, a los grupos de identidad y de apoyo, en los que se encuentra incluida la familia, y refirieron que aquellos individuos que ocultan su identidad encuentran más difícil aprovechar los beneficios que generan la afirmación y el empoderamiento que trae una comunidad de pares en circunstancias similares. Así, la revelación y el apoyo social, y el desarrollo del orgullo de una identidad de minoría, amortiguarían los efectos negativos del estrés de las minorías en la salud mental.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

El presente estudio será de tipo correlacional, no experimental y transversal.

6.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 19 participantes, todas ellas autoidentificadas como mujeres trans, con diagnóstico de VIH, sin tratamiento previo. Las edades variaron entre 22 y 44 años. Respecto a la nacionalidad de las participantes, el 53% ($n = 10$) eran Argentinas y 47% ($n = 9$) extranjeras. Todas residentes de la provincia de Buenos Aires, tanto Ciudad autónoma de Buenos Aires como conurbano bonaerense. En relación a su nivel educativo, 16% ($n = 3$) con primario completo, 16% ($n = 3$) con secundario completo, 32% ($n = 6$) con secundario incompleto, 37% ($n = 7$) con universitario o terciario incompleto. En relación a su actividad laboral, 63% ($n = 12$) realizan trabajo sexual actualmente, 26% ($n = 5$) realizaron trabajo sexual alguna vez, y 11% ($n = 2$) no realizan ni realizaron trabajo sexual.

6.3 Instrumentos

Se utilizó el cuestionario sobre depresión, Center for Epidemiological Studies – Depression scale (CES-D) (Radloff, 1977) es un autoinforme, aunque

fue administrado por psicólogos y voluntarios de la institución. Las participantes debieron responder sobre cómo se sintieron o comportaron durante la semana anterior. Este cuestionario consta de 24 ítems que se responden en una escala Likert de 4 valores que van de 0 (Rara vez o Ninguna de las veces, que a su vez corresponde a menos de un día) a 3 (La mayoría o Todo el tiempo, que representa 5 a 7 días de la semana anterior), con 4 ítems con valor invertido (es decir, de 3 a 0). El rango posible de puntuaciones es de 0 a 60, donde las puntuaciones más altas indican mayor presencia de sintomatología depresiva (Radloff, 1977). Esta escala ha sido utilizada con hombres y mujeres transgénero, donde se utilizó el punto de corte de 16 para indicar la depresión (Clements-Nolle et al., 2001)

Para la variable ansiedad se utilizó el Inventario de ansiedad estado-rasgo (The State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2002), utilizando solamente la sección de rasgo. Este cuestionario consta de 20 ítems que se responden en una escala Likert de 4 valores que van de 0 a 3, donde 0 corresponde a “Nada” y 3 a “Mucho”. A su vez, contiene 9 ítems inversos (es decir, de 3 a 0, donde 3 corresponde a “Nada” y 0 a “Mucho”) para evitar el efecto de aquiescencia. Las puntuaciones pueden variar de 0 a 60 puntos. La sección de Ansiedad-Rasgo que se utiliza se basa en que el participante indique como se siente generalmente. Se presentan diversas expresiones que la gente utiliza para describirse a sí misma y se evalúa una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Tiene una duración aproximada de 5 minutos. La variable Ansiedad-Rasgo es útil para identificar sujetos con riesgo de padecer trastornos de ansiedad (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2002). Si bien es un cuestionario de autoaplicación, al igual que el CES-D, fue administrado por psicólogos y ayudantes de la institución.

Para la variable rasgos de personalidad patológicos, se utilizó el Inventario de Personalidad para el DSM V (PID-5) en su versión abreviada para adultos

(Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2013). Se presentaron a la participantes una lista de frases que diferentes personas podrían decir sobre sí mismas, consta de 25 ítems que se responden en una escala Likert de 4 valores, de 0 (Muy Falso o A menudo Falso), 1 (A veces o Algo Falso), 2 (A veces o Algo Verdadero) y 3 (Muy Cierto o A menudo Verdadero). Este cuestionario evalúa rasgos de personalidad patológicos, a través de un autoinforme diseñado específicamente para el sistema clasificatorio del DSM V. Como en los cuestionarios anteriormente mencionados, éste también fue administrado por psicólogos y ayudantes de la institución. Continuando con la descripción del PID-5, la sección III del DSM-V incluye una valoración de 5 dimensiones de personalidad (facetas-rasgo), y estos son los rasgos de personalidad que se evalúan en éste inventario: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. El DSM-5 se centra en los rasgos de personalidad relacionados con la psicopatología (Esbec & Echeburúa, 2014).

El cuestionario de apoyo social (Bockting, et. al., 2013), se utilizará una única pregunta sobre la valoración del apoyo de la familia de origen en relación a su identidad de género. Ésta pregunta es: “¿Cómo valorarías el apoyo de tu familia de origen (padres y/o hermanos) en relación a tu identidad de género?” y se responde en una escala Likert de 7 valores que va de nada de apoyo a mucho apoyo. Este cuestionario evalúa la percepción que tienen las participantes sobre apoyo de su familia de origen en relación a su condición trans. Cabe destacar que puntajes altos corresponden a mayor percepción de apoyo familiar por parte de las participantes.

6.4 Procedimiento

Psicólogos y voluntarios previamente capacitados de la institución recolectan los datos de los cuestionarios que se le administran a las participantes,

de manera individual. Se realizan en un solo encuentro de aproximadamente una hora, en el que se le administran otros cuestionarios necesarios para otra investigación, éstos cuestionarios que se utilizarán para este plan son los últimos en ser administrados dentro de una batería extensa (11 cuestionarios).

6.5 Análisis de datos

Para el análisis de los objetivos se realizó una prueba de Shapiro-Wilk para probar la normalidad de la distribución de los datos recolectados. Como los datos de la variable “apoyo familiar” no correspondieron a una distribución normal, se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman, no paramétrico, que permite medir la correlación o asociación entre dos variables cuando las mediciones se realizan en una escala ordinal, o cuando no existe distribución normal. Los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistics en su versión 21.

7. Resultados y Discusión

Como se mencionó anteriormente, la variable apoyo familiar no obtuvo una distribución normal. Se encuentran valores muy frecuentes, como podemos observar en el gráfico de la figura 1, donde se puede apreciar que el 68% (n = 13) de las participantes refirieron tener “mucho apoyo”, que condice con el valor 7. Este valor es el puntaje mayor de la escala de valoración del apoyo familiar percibido en relación a la identidad de género. En este sentido en la tabla 1 podemos observar que la prueba de Shapiro-Wilk corrobora una distribución no normal ($p = .00$)

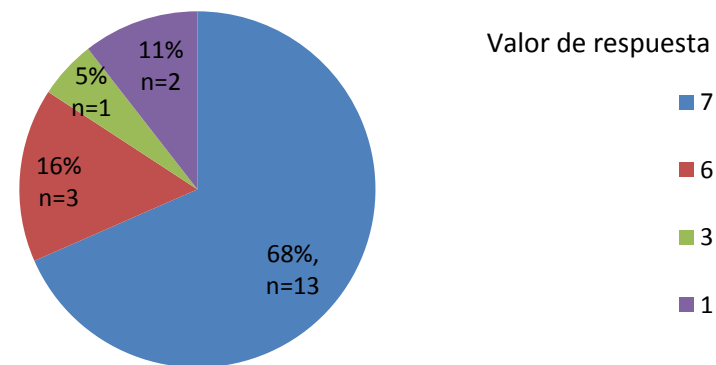


Figura 1: Distribución no normal en las respuestas de apoyo familiar percibido en relación a su identidad de género en un grupo de mujeres trans.

Tabla 1.

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo	.56	19	.00
CESD_T	.91	19	.06
STAI_T	.97	19	.71
PID5_T	.94	19	.21

7.1 Determinar si los niveles de depresión varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

Para responder el primer objetivo se obtuvieron puntajes totales de la escala de depresión (CES-D) se los analizo con la valoración dada al apoyo que

las participantes perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género. Recordemos que esta última consta de una escala likert de 7 valores, los cuales oscilan entre poco apoyo y mucho apoyo.

En la escala de depresión es pertinente aclarar que puntajes más bajos indican un mejor pronóstico de la variable y por lo tanto puntajes mayores indican una mayor presencia de sintomatología depresiva. Como se mencionó anteriormente, esta escala ha sido utilizada en hombres y mujeres trans, donde se utilizó el punto de corte de 16 para indicar la sintomatología depresiva (Clements-Nolle et al., 2001). Cabe mencionar, aunque no es el tema que nos concierne en esta investigación, que el 42% ($n = 8$) presentaron valores mayor a 16, lo cual indicaría una mayor presencia de sintomatología depresiva.

Esto se condice con un estudio realizado por Coleman et. al. (2016) donde los autores plantearon que la población trans presenta mayores síntomas depresivos que la población general, y esto podría deberse a factores relacionados con la dificultad de autoaceptación de su cuerpo, el sufrimiento de una discriminación mayor y la consecuencia de una situación socioeconómica desfavorable.

Para determinar si existían correlaciones significativas entre el apoyo familiar percibido y los niveles de depresión dentro un grupo de mujeres trans con VIH, se utilizó la correlación de Spearman. Se comprueba que hay una correlación significativa entre las variables apoyo familiar y depresión ($p < .01$) (tabla 2). El valor de Rho ($r_s = -.59$) nos da como resultado una correlación negativa moderada entre las variables. Por tal motivo podemos inferir que los niveles de depresión variarían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH. Es decir que, a mayor apoyo familiar, menor sintomatología depresiva.

Tabla 2.

Correlación entre depresión y apoyo familiar percibido en un grupo de mujeres trans en relación a su identidad de género.

Rho de Spearman		Depresión
Apoyo familiar	Coeficiente de correlación	-,59**
	Sig. (bilateral)	.01
	N	19

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Resulta pertinente resaltar que realizando las correlaciones entre las variables pudimos observar correlaciones significativas entre la variable de depresión y apoyo familiar percibido, así como también con la variable de rasgos de personalidad patológicos y ansiedad.

Como se puede observar en la tabla 3, se comprueba que hay una correlación significativa entre las variables depresión y ansiedad. El valor de Rho ($r_s = .78$) nos da como resultado una correlación positiva fuerte entre las variables. De esta forma podemos inferir que los niveles de depresión se encuentran relacionados con la ansiedad. Y en relación con los rasgos de personalidad patológicos podemos observar que el valor de Rho nos da como resultado una correlación positiva moderada ($p < .05$) entre las variables. De esto podemos inferir que los niveles de depresión y la presencia de rasgos de personalidad patológicos estarían relacionados.

Tabla 3.

Correlación entre depresión, ansiedad, rasgos de personalidad patológicos y apoyo familiar percibido en un grupo de mujeres trans en relación a su identidad de género.

Rho de Spearman

		Apoyo	Ansiedad	Rasgos de personalidad patológicos
Depresión	Coefficiente de correlación	-.59**	.78**	.49*
	Sig. (bilateral)	0,01	0	.03
	N	19	19	19

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Estos resultados se condicen con las conclusiones del estudio realizado por Botcking, et. al. (2013) en el que manifiestan que la población LGBT mostraría una mejora en la salud mental aliviando los efectos negativos del estrés de minorías y el efecto positivo sería atribuido, en parte, a los grupos de identidad y de apoyo, en los que se encuentra incluida la familia, la revelación y el apoyo social. El estudio también plantea que el desarrollo del orgullo de una identidad de minoría amortiguarían los efectos negativos del estrés de las minorías en la salud mental.

Otro estudio realizado por Meléndez, Rodríguez y Vélez en 2015, con una muestra de tan solo ocho personas trans concluyó que en el único caso que se había establecido una relación directa era en las variables de apoyo social. Refiriendo que aquellas pacientes que habían recibido mayor apoyo, demostraron una mejor respuesta a los tratamientos retroviral. Siguiendo con el apoyo familiar, Arisategui y Vazquez (2013) destacan como una de las variable positiva el apoyo social (familiar o de compañeras trans) en la valoración satisfactoria de la vida propia.

7.2 Determinar si los niveles de ansiedad varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

Para responder el segundo objetivo se obtuvieron puntajes totales de la escala de ansiedad (STAI) y se los analizo con la valoración dada al apoyo que las participantes perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género.

Cabe recordar que en el presente estudio se utilizó la subescala de ansiedad – rasgo del STAI. Esta escala puede detectar las características de un posible trastorno de ansiedad. Los rasgos de ansiedad son disposiciones que permanecen latentes hasta que se activan por algunos estímulos de situaciones. Estas disposiciones son residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1997). Las puntuaciones totales oscilan de 0 a 60, puntuaciones más altas indican mayor ansiedad. Tan solo el 32% (n = 6) de las 19 participantes tuvieron valores entre 30 y 42, ninguna de ellas mostro niveles significativamente altos de ansiedad.

Para determinar si existían correlaciones significativas entre el apoyo familiar percibido y los niveles de ansiedad dentro un grupo de mujeres trans con VIH, se utilizó la correlación Rho de Spearman se comprueba que no existe correlación entre las variables apoyo familiar y ansiedad ($p < .20$) (tabla 4). De esto podemos inferir que los niveles de ansiedad no se ven afectados por los niveles de apoyo familiar que reciben.

Tabla 4.

Correlación entre ansiedad y apoyo familiar percibido en un grupo de mujeres trans en relación a su identidad de género.

Rho de Spearman		Ansiedad
Apoyo familiar	Coeficiente de correlación	-,31
	Sig. (bilateral)	.20
	N	19

No se encontraron estudios específicos que correlacionaran ansiedad y apoyo social percibido en mujeres trans. Si hemos encontrado el vínculo entre estas variables en un estudio realizado por Díaz Palarea y Calvo Francés (2004), sobre apoyo social percibido en población urbana geriátrica. Este estudio examinó las características psicométricas de un nuevo cuestionario breve de Apoyo Social Percibido denominado CASPE, en una muestra comunitaria de 207 personas mayores y arrojó una correlación negativa y significativa con las medidas de estrés y ansiedad. Los autores refieren que dichos resultados son coherentes con la literatura que constata esta relación entre el apoyo social y el binomio ansiedad/estrés, deduciendo que a mayor apoyo social, menor intensidad de estrés y ansiedad. Esta diferencia en los resultados podría deberse a que se utilizaron muestras e instrumentos diferentes, aunque nuestra literatura consultada coincide con el estudio de Calvo Francés y Díaz Palarea, y apoya el hecho de que el apoyo familiar beneficia a la salud de los individuos, en tanto que a mayor apoyo menores síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión. Así como a menor apoyo familiar, mayores sintomatologías, como plantea el mencionado estudio de Rodríguez-Molina, et. al (2011), en el que refiere que las personas trans podrían desarrollar durante su vida diversos problemas psicológicos (como ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, aislamiento social) y que en muchos casos

estos problemas se deben, entre otras cosas, a diversas formas de rechazo que pueden padecer.

7.3 Determinar si la presencia de rasgos de personalidad patológicos varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

Para responder el tercer objetivo del presente trabajo, se obtuvieron puntajes totales de la escala de rasgos de personalidad patológicos (PID5) y se los analizo con la valoración dada al apoyo que las participantes perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género.

Para determinar si existían correlaciones significativas entre el apoyo familiar percibido y la presencia de rasgos de personalidad patológicos dentro un grupo de mujeres trans con VIH, se utilizó la correlación estadística Rho de Spearman se comprueba que no hay una correlación significativa entre las variables apoyo familiar y la presencia de rasgos de personalidad patológicos ($p < .38$) (tabla 5). Por tal motivo podemos inferir que los rasgos de personalidad patológicos no varían según el apoyo que perciben por parte de su familia de origen en relación a su identidad de género, en un grupo de mujeres trans con VIH.

Tabla 5.

Correlación entre rasgos de personalidad patológicos y apoyo familiar percibido en un grupo de mujeres trans en relación a su identidad de género.

Rho de Spearman		Rasgos de personalidad patológicos
Apoyo familiar	Coefficiente de correlación	-,21

Sig. (bilateral)	.38
N	19

Al igual que en la variable depresión, cuando se analizó la correlación de los rasgos de personalidad patológicos y las demás variables, se pudo observar, utilizando nuevamente la correlación estadística Rho de Spearman se encuentra una correlación positiva buena ($r_s = 0.70$, $p < .00$) entre las variables rasgos de personalidad patológicos y ansiedad (tabla 6). Por lo que podríamos interpretar que la presencia de rasgos de personalidad patológicos estaría relacionada con los niveles de ansiedad en un grupo de mujeres trans con VIH.

Tabla 6.

Correlación entre rasgos de personalidad patológicos y ansiedad en un grupo de mujeres trans en relación a su identidad de género.

Rho de Spearman		Ansiedad
Rasgos de personalidad patológicos	Coefficiente de correlación	.70
	Sig. (bilateral)	.00
	N	19

Tampoco se han encontrado estudios que correlacionen las variables de rasgos de personalidad patológicos y apoyo familiar percibido en mujeres trans. Y en menor medida estudios que utilicen el mismo instrumento que esta investigación (PID-5).

Sin embargo, el estudio realizado por Bockting, Miner, Swinburne, Autumn y Coleman (2013) mencionado anteriormente, donde los autores hacen referencia

a la población LGBTI como minorías, plantea que la afirmación de la identidad y la revelación hacia otros pares en circunstancias similares, tanto los amigos, familiares y terapeutas, han mostrado un mejoramiento en la salud mental de esta población, aliviando los efectos negativos provocados por el estrés que sufren las minorías, y postulan que la revelación y el apoyo social, y el desarrollo del orgullo de una identidad de minoría, amortiguarían los efectos negativos del estrés de las minorías en la salud mental.

En relación al hallazgo de la correlación entre rasgos de personalidad patológicos y ansiedad, podríamos relacionarlo con las configuraciones anómalas propuestas por Esbec y Echeburúa (2011) que mencionamos anteriormente, donde los autores plantean que las personalidades egosintónicas pueden tener síntomas depresivos o ansiedad. Y en esta misma línea, en el DSM-V (2013) uno de los rasgos de personalidad que evalúa el PID-5 es la afectividad negativa, el cual tiene como característica la ansiedad, suspicacia, labilidad emocional, depresividad, entre tantas otras, también anteriormente mencionadas.

8. Conclusiones

El presente trabajo cumplió con los objetivos planteados satisfactoriamente, aunque no corroboró todas las hipótesis propuestas.

Considero pertinente aclarar que los objetivos y las hipótesis se desprenden de comentarios e historias de mujeres trans en las que relataban situaciones vividas por ellas o algunas compañeras trans. En diferentes encuentros, varias de ellas hicieron alusión a la importancia del apoyo familiar en relación a su identidad de género, de manera positiva y negativa. Las que habían recibido apoyo a la hora de comunicarle a su familia su elección en relación a su identidad de género expresaron su gratitud al respecto y los efectos positivos que habían generado en sus vidas, a diferencia de otras compañeras que habían sido rechazadas por su familia siendo excluidas del hogar, algunas insultadas, humilladas o denigradas y tuvieron, por este motivo, tener que abandonar su hogar sin ningún apoyo hasta encontrarse con mujeres en las mismas o similares situaciones que ellas, mujeres en las que encontraron el apoyo que su familia de origen no les brindaba.

El primer objetivo específico planteaba la posibilidad de determinar si los niveles de depresión variaban según el apoyo familiar recibido. Pude encontrar que no solo variaban, sino que se correspondían con mi hipótesis y con resultados de estudios realizados anteriormente.

En cuanto al segundo objetivo, pude hallar los resultados pretendidos, pero no corroboré mi hipótesis. Los niveles de ansiedad no se veían modificados por el apoyo familiar recibido. Sumado a esto, no encontré estudios que analizaran la relación entre estas variables en personas trans, por los que tuve que remitirme a estudios levemente relacionados

Por último, el tercer objetivo también pude cumplirlo, pero tampoco en este caso pude confirmar la hipótesis planteada. Los rasgos de personalidad patológicos no variaban en relación al apoyo familiar recibido. En este caso tampoco se encontraron estudios relacionados directamente con las variables analizadas, por lo que se tuvo que recurrir a estudios que trabajasen periféricamente esta relación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, considero que una de las primeras limitaciones que encontré en el curso de la investigación es la escasa existencia de estudios sobre esta temática específica, sobre todo en la Argentina. Eso fue una dificultad a la hora de comparar los resultados de esta investigación con los obtenidos por otros estudios. Por este motivo se incluyen referencias a estudios que compartían solo una de las variables analizadas, aunque hiciesen foco en aspectos sociales o en otros aspectos de salud pública.

Por otro lado, considero que la muestra obtenida para el análisis pudo haber sido más amplia. El número de personas que participaron es escaso para obtener una muestra significativa, lo que puede alterar los resultados obtenidos. Este factor se debe a las características de la población analizada: mujeres que en su amplia mayoría trabajan de noche, sufren de alguna adicción y de rasgos de personalidad inestables. Esto acarrea la imposibilidad de un seguimiento cercano y, en muchos casos, impide el acercamiento a la institución, ya que los tratamientos, consultas y entrevistas se realizan en el turno mañana.

En cuanto a las condiciones en las que se realizó la muestra, debo mencionar que no fueron las ideales. Las pacientes estaban desde hacía muchas horas realizando análisis y trámites, en muchos casos evitando el desayuno para acelerar el proceso. Puede considerarse que al momento de los cuestionarios ya tendrían signos de cansancio (más aun teniendo en cuenta que los utilizados para el trabajo eran los últimos de un total de once) lo que puede haber afectado la

calidad de las respuestas. Por otro lado, no todos los cuestionarios fueron realizados por mí, sino por personas ajenas al curso de mi investigación, por lo que también debo considerar un posible margen de error. Y sumado a esto mi inexperiencia en la temática y realización de cuestionarios.

Los instrumentos utilizados fueron otra dificultad encontrada. La mayoría de ellos había sido utilizado pocas o ninguna vez en estudios anteriores con estas variables. Aunque estaban correctamente certificados y aprobados por la institución, aún no hay literatura en la Argentina sobre la efectividad y el alcance de todos ellos.

Es importante destacar que desde la institución se mostraron siempre amables, participativos y colaboradores con el presente trabajo, brindando y poniendo a disposición diversas herramientas y aconsejando sobre distintas posibilidades de investigación. También quisiera destacar que la institución cuenta en su equipo de trabajo con una mujer trans que facilitó el contacto con las mujeres entrevistadas, ya que se dedica, a contactarse con las mujeres, y brindarles los servicios de la institución, llevando un equipo de profesionales para realizar test rápidos de VIH y aconsejarlas sobre la importancia de asistir a la institución y seguir un tratamiento, entre otras cosas.

Uno de los aspectos que merece revisión de mi parte es el hecho de no haber considerado como variable el diagnóstico de VIH. En todos los casos se trataba de un diagnóstico reciente y muchas veces las pacientes acaban de confirmar el diagnóstico cuando entraban a la entrevista, aunque tuviesen un prediagnóstico. Este hecho probablemente pudo haber influido en los resultados, ya que según lo visto, el 50% de las pacientes manifestaban depresión, por lo que podría adjudicarse al hecho de estar recientemente diagnosticadas.

Tomando en cuenta esto, en futuros trabajos consideraría la posibilidad de realizar los cuestionarios en dos instancias: cuando el diagnóstico es reciente y

luego de un período de tiempo. De esta forma podría analizar también cómo influye el apoyo recibido no solo en las patologías derivadas de su condición de trans, sino en la sintomatología que pueden desarrollar conviviendo con la enfermedad.

Por último, teniendo en cuenta los resultados expuestos, podemos analizar varios aspectos. La relación evidente entre las variables depresión/apoyo familiar se puede abordar desde diferentes ejes. Por un lado, como se ha planteado a lo largo del trabajo, el hecho de que la discriminación y violencia padecidas por esta población influya en su salud mental pone en cuestionamiento la naturaleza de las acciones que llevamos a cabo como individuos y como profesionales. El apoyo familiar que repercute positivamente en la disminución de los niveles de depresión puede trasladarse a la variable de apoyo social general, esperando los mismos resultados. Considerando también que en muchos casos expuestos en estudios anteriores son los mismos profesionales de la salud los que a veces discriminan o abandonan a esta población (Lafaurie, Forero Rozo & Miranda Jiménez, 2011), debemos considerar estos factores para entender el ocasional rechazo y/o recelo que podemos encontrar en pacientes provenientes de esta población en particular. Por otro lado, cabe destacar que, como se expuso en los resultados, es significativa la relación entre las variables de depresión, ansiedad y rasgos patológicos, por lo que propondría futuros estudios que analicen más profundamente la relación de estas variables en mujeres trans con VIH.

Para futuras investigaciones se sugiere también analizar las relaciones entre su condición de portadoras de VIH y las estigmatización que de por sí padecen por ser mujeres trans. Considerando que es una población que recibe limitaciones de todo tipo (laborales, para el acceso a la salud pública, para la libre movilidad en espacios públicos sin ser víctimas de discriminación, etc.) es importante sentar antecedentes contundentes que permitan debatir en principio lo que nos concierne: cómo influye el hecho de ser estigmatizados desde

organismos como la OMS en la salud mental de esta población y como aporta positivamente el apoyo social y familiar que se construye.

Referencias

- American Psychiatric Association (1968); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1ra ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2ra ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3ra ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3ra ed. revised). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4ta ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2002); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association DSM IV. (1995); Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales. Masson S.A..
- Arístegui, I & Vázquez, V (2013). El impacto del estigma y la discriminación en la calidad de Vida de personas transgénero viviendo con VIH. Hologramatica, Facultad de Ciencias Sociales 19 (1), pp. 5-30. Recuperado en: <http://www.cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=3&articulo=1802&tipo=A&sid=136&NombreSeccion=Articulos&Accion=Ver>

- Aristegui, I. (2014). Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en población transgénero. *Psicodebate*, 14(1), 87-90.
- Arpini, D. M. & Quintana, A. M. (2003). Identidade, família e relações sociais em adolescentes de grupos populares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(1), 27-36.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Baptista, M. N. & Oliveira, A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Beckham, E.E. (1991). Psychological research in depression and suicide: A historical perspective. In C. E. Walker (ed.), *Clinical Psychology: Historical and Research Foundations* (pp. 183-201). New York: Plenum Press.
- Beckham, E.E., Leber, W.R., and Youll, L.K. (1995). The diagnostic classification of depression. In E. E. Beckham and W. R. Leber (eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research* (2 nd ed.) (pp. 36-60). New York: Guilford
- Benjamín, H. (1966), *The Transsexual Phenomenon*, Nueva York, Julian Press.
- Bergero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M. V., Gómez Banovio, M., & Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 9-20.
- Bockting, W & Keatley, J. (2013), *Por la salud de las personas trans, elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus*

comunidades en Latinoamérica y el Caribe versión digital en <http://www.paho.org/arg/>

- Bockting, W. O., Huang, C. Y., Ding, H., Robinson, B., & Rosser, B. R. S. (2005). Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks. *International Journal of Transgenderism*, 8(2/3), 123–131.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951.
- Bockting, W., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care of transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9, 35–82.
- Breithaupt, K., & Zumbo, B. D. (2002). Sample invariance of the structural equation model and the item response model: a case study. *Structural Equation Modeling*, 9(3), 390-412.
- Bulacio, J. M. (2010). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia
- Butler, J. (2001). *El género en disputa*. México: Paidós.
- Clark, P.C. & Dunbar, S.B. (2003). Preliminary reliability and validity of a family care climate questionnaire for heart failure. *Families, systems & Health*, 21(2), 281-291.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgendered persons in San

- Francisco: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6), 915-912.
- De Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Del Carmen Meléndez Sáez, M., Rodríguez Gómez, J. R., & Pastrana, M. V. (2015). PERSONAS TRANS Y SU ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 49(3).
- Díaz Palarea, M. D., & Calvo Francés, F. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16(4), 570-575.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1), 1-11.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255–264. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Estrada-Montoya, J. H., & García-Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18).
- Freud, S. (1975). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. En J. Strachey (Comp.), *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu

- Gómez, E., Cobo, J., & Gastó, C. (2006). Aspectos históricos de la transexualidad. Ser transexual. Dirigido al paciente, la familia y el entorno sanitario, judicial y social. Barcelona: Editorial Glosa, 73-101.
- Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 368–374.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.
- Grant, J. E., Flynn, M., Odlaug, B. L., & Schreiber, L. R. N. (2011). Personality disorders in gay, lesbian, bisexual, and transgender chemically dependent patients. *American Journal on Addictions*, 20(5), 405–411. <http://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00155.x>
- Impacto. (2005). *Depresión*. Los Angeles, CA: AIDS Project Los Angeles.
- Jackson, S. W. (1986). *Melancholia and depression: From hippocratic times to modern times*. Yale University Press.
- Jackson, S.W. (1995). A history of melancholia and depression. In G. H. Pollock and H. M. Visotsky (eds.), *Depression and Stress*, 1, 3-42.
- Koehler, C.T., Moul, D.E., and Farmer, M.E. (1995). Epidemiology of depression. In E. E. Beckham and W. R. Leber (eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research* (2nd ed.) (pp. 3-35). New York: Guilford.

- Kraepelin, E. (1887). Las direcciones de la investigación psiquiátrica: conferencia, celebrada en la toma de posesión del Magisterio de la Universidad Imperial de Dorpat . Editorial de FCW Vogel.
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. (2013). The personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF). Manuscript in preparation.
- Lafaurie Villamil, M. M., Forero Rozo, A. E., & Miranda Jiménez, R. J. (2011). Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/Sida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 353-362.
- Lamb A. (2008) Transgender Women in Latin America and Asia. For International HIV/AIDS Alliance: Buenos Aires.
- Lemaitre J. El amor en tiempos de cólera: Derechos LGBT en Colombia. *SUR - revista internacional de derechos Humanos* 2009; 6 (11): 79-97. http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/es_05. Pdf
- Lorenci, M. (2013). Repensando los orígenes de la disforia de género. *Juventud, neurociencia, tecnología y subjetividad*. 103 – 193. Recuperado de: <http://www.injuve.es/observatorio/infotecnologia/103-juventud-neurociencia-tecnologia-y-subjetividad>
- Martine, L., Schultz, M. y Newsom, J. (1999). Stability and change in older adults. social contact and social support: the cardiovascular health study. *Journals of Gerontology, B Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), 302-311
- Meléndez Saénz, M. C., Rodríguez Gómez, J. R. & Vélez Pastrana, M. (2015).

- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36,38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de estilos de personalidad [MIPS]*. Buenos Aires: Paidós.
- Moix J. Evaluación de la ansiedad en la antesala al quirófano. *Medicina Clínica*. (1997); 108 (4): 157-158.
- Money, J. & Ehrhardt, AA. (1972). *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Moran, P.W. and Lambert, M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M. S. Lambert, E. R. Christensen, and S. S. DeJulio (eds.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 263-303). New York: Wiley
- Nanda S. (2000) *Gender Diversity. Crosscultural Variations*. Prospect Heights, Illinois; North Am.
- O.M.S.: 2016, La depresión, Nota de prensa n° 369, Abril de 2016, recupero en octubre de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Operario, D. & Nemoto, T. (2010). HIV in Transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55, S91–S93. Recuperado de www.jaids.com. HIV_in_Transgender_Communities_Syndemic_Dynamics.8[1].pdf

Operario, D., Soma, T., & Underhill, K. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48(1), 97-103.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Trastornos mentales y del comportamiento, 10º edición. (CIE-10). Madrid: Meditor.

Pérez, A. M. (1999). Personalidad, afrontamiento y apoyo social. Madrid, UNED-FUE.

Poteat T. C., Keatley, J., Wilcher, R. & Shwenke, C. (2016) *Journal of the International AIDS Society*, 19 (Suppl 2):21193 recuperado de <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21193> doi: 10.7448/IAS.19.3.21193

Radloff LS. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*;1:385-401

Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans (2012). Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitaria a Personas Trans en el

Marco del Sistema Nacional de Salud. Recuperado en:
<http://stp2012.info/old/es>

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-859

Rocha-Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537-544.

Rodríguez Molina, J. M., Araque, N. A., Fernández, A. B., & Pérez, M. J. L. (2015). Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 53–80. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21337152003>

Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*, 37(2), 61–68. <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.10.005>

Rodríguez-Molina, J. M., Pacheco-Cuevas, L., Asenjo-Araque, N., García-Cedenilla, N., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12(1), 16–23. <http://doi.org/10.1016/j.androl.2013.12.001>

Rosenfeld, I. (1999). When the sadness won't go away. *Parade Magazine*, 19, 10

Sabsay, L. I. (2007). Los dilemas del antiesencialismo en la teoría feminista contemporánea: una reflexión en torno a Judith Butler (Vol. 10). Instituto de Estudios Almerienses.

- Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J. & Otto, M. W. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for HIV medication adherence and depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 415- 423.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.
- Sandín, B.; Chorot P.; Santed, M.A. & Jiménez, M.P.(1995). Trastornos psicosomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología: Vol. 2* (pp. 401-469). Madrid:McGraw-Hill.
- Schneider K. (1943) *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata.
- Socías, M. E., Marshall, B. D., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International journal for equity in health*, 13(1), 1.
- Spielberger, C.D., Ritterband, L. M., Reheiser, E. C. & Brunner, T. M. (2003) The nature and measurement of depression. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3 (2). Recuperado de: http://www.aepc.es/web2/index.php?searchword=the+nature+and+mea&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com_search
- Spielberger, C.D., Gorsuch R.L. & Lushene R.E. (1997.) *STAI cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Publicaciones de psicología aplicada. Madrid. 7-26.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, C.D. & Lushene, R.E. (2002). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Manual*. Madrid: T.E.A.

- Stone, S., Epstein, J., & Straub, K. (1991). Body guards: The cultural politics of gender ambiguity. *The empire strikes back: A posttranssexual manifesto*, 280-304.
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Rogel Mendoza D. A. & Coleman, J. D (2016) Mental Health Disparities Within the LGBT Population: A Comparison Between Transgender and Nontransgender Individuals. *Transgender Health*, 1 (1). Recuperado en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2015.0001>
- Suess, A. (2011). Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 29-54). Egales Editorial
- Tamayo, A. (1981). EFA: Escala Fatorial de Autoconceito. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 33, 87-102.
- Teixeira, M. A. P. & Giacomoni, C. H. (2002). Autoconceito: da preocupação com o si-mesmo ao construto psicológico. *Psico (RS)*, 33, 363-384.
- The Lancet Revista Médica (2016). Transgender health and wellbeing 2016. Recuperado de <http://www.thelancet.com/infographics/transgender-health>
- Tobal, M. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana
- Toro Alfonso, J. (1995). Trabajo en promoción de salud en una comunidad de trabajadores sexuales en San Juan (Puerto Rico) y la prevención del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 55-70.

Usaola, C & Zarco, D (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría. 31 (110). Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16134>

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390-400.

