

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Estigma, discriminación social, ansiedad y depresión en mujeres trans
con VIH

Alumna: Cecilia Iris Antonini

Tutor: Dr. Alejandro Cesar Cosentino

Buenos Aires, octubre de 2017

Índice

1.	Introducción.....	3
2.	Objetivo General.....	3
2.1.	Objetivos Específicos	4
3.	Marco Teórico	4
3.1.	Personas trans, identidad de género y VIH.....	4
3.1.1.	Identidad de género.....	7
3.1.2.	Mujeres trans y VIH.....	9
3.2.	Estigma y Discriminación.....	10
3.2.1.	Estigma interno basado en ideas y comportamiento social y autoexclusión.	14
3.2.2.	Discriminación Social.....	15
3.3.	Ansiedad	17
3.3.1.	Sintomatología Ansiosa	19
3.4.	Depresión	20
3.4.1.	Sintomatología Depresiva.....	23
4.	Metodología.....	24
4.1.	Tipo de Estudio.....	24
4.2.	Participantes.....	24
4.3.	Instrumentos.....	24
4.3.1.	Center for Epidemiological Studies – Depression scale (CES-D).	24
4.3.2.	Inventario de Ansiedad-Rasgo (STAI)	25
4.3.3.	Cuestionario de Estigma interno y Auto-exclusión	26
4.3.4.	The Everyday Discrimination Scale	26
4.4.	Procedimiento	27
5.	Resultados.....	27
5.1.	Estadísticos Descriptivos	27
5.1.1.	Nivel de estigma interno (basado en ideas y basado en comportamiento social), de auto-exclusión y de discriminación social por identidad de género en un grupo de mujeres trans con VIH.....	28
5.1.2.	Niveles de sintomatología de depresión y ansiedad de rasgo en un grupo de mujeres trans con VIH.	28
5.2.	Estadísticos inferenciales.....	29
5.2.1.	Asociación entre la discriminación social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.....	29
5.2.2.	Relación entre el estigma interno por identidad de género basado en ideas y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.	30
5.2.3.	Relación entre el estigma interno basado en comportamiento social y la auto-exclusión social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.	31
6.	Conclusiones.....	31
6.1.	Limitaciones.....	34
6.2.	Aporte Personal.....	35
6.3.	Nuevas Líneas de investigación.....	36
7.	Referencias Bibliográficas.....	38
8.	Anexos	44

8.1. Anexo A	44
8.2. Anexo B	45
8.3. Anexo C	46
8.4. Anexo D	47

1. Introducción

El siguiente trabajo se realizó en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional V, la misma se desarrolló en una ONG que se ocupa de las áreas de salud pública desde una óptica de derechos humanos, particularmente en VIH/sida, otras enfermedades transmisibles y en salud sexual y reproductiva. Trabaja desde un abordaje integral en incidencia pública, investigación, gestión del conocimiento, construcción de capacidades y servicios directos.

Se concurrió a la institución hasta completar un total de 280 horas, los días lunes, miércoles y viernes por la mañana y en otras eventualidades que surgieron como charlas, Simposio, eventos organizados por la Fundación. Los martes y los jueves se realizó búsqueda de material bibliográfico para la investigación. Las funciones desempeñadas en la Fundación fueron de observación y administración de cuestionarios en el marco del estudio que se desarrolla actualmente en el Área Clínica de Investigación. El tema que se expuso en este trabajo surgió de la observación y administración de los cuestionarios, inquietudes que condujeron a interrogantes sobre la asociación existente entre el estigma, la discriminación social y la sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH del protocolo.

2. Objetivo General

Analizar la relación entre el estigma y la discriminación social por identidad de género y la sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de mujeres trans con VIH.

2.1. Objetivos Específicos

1. Describir el nivel de estigma interno (basado en ideas y basado en comportamiento social), de autoexclusión y de discriminación social por identidad de género en un grupo de mujeres trans con VIH.
2. Describir los niveles de sintomatología de depresión y ansiedad de rasgo en un grupo de mujeres trans con VIH.
3. Determinar la asociación entre la discriminación social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.
4. Analizar la relación entre el estigma interno por identidad de género basado en ideas y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.
5. Analizar la relación entre el estigma interno basado en comportamiento social y la autoexclusión social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.

3. Marco Teórico

3.1. Personas trans, identidad de género y VIH

En este trabajo se utilizará la palabra “trans” para incluir a todas las personas cuyo sentido de identidad de género difiere del sexo concedido al nacer, e incluye personas travestis, transexuales y transgénero. En relación con los términos utilizados por la Asociación de Travestis Transexuales Transgéneros de Argentina (ATTTA), este trabajo empleará las denominaciones

“mujeres trans” como: personas con identidad de género femenina (Arístegui & Zalazar, 2014).

El médico y sexólogo alemán Magnus Hirschfeld (1923) fue el primero en esbozar el término transexualismo proponiendo la teoría del tercer sexo e introduciendo términos como *travestidos* y *transexualismo mental*. Sus aportes ofrecieron la primera base teórica sobre esta temática aún sin hacer diferencias entre travestismo, transexualidad y homosexualidad afeminada por considerarlas, de igual modo, intersexuales.

El primero en utilizar el término *transexualismo* fue David Oliver Caudwell en su texto *Psychopathia trassexualis* (1949; Bergero, et al., 2004) al presentar un caso clínico de una mujer que deseaba ser hombre. Posteriormente, dicho término, fue clínicamente desarrollado por Harry Benjamin (1953) en su libro *The Transsexual Phenomenon* (1966), definiendo a la transexualidad como la discordancia de género entre cuerpo y mente. La persona transexual siente una infelicidad inconmensurable por pertenecer al sexo (o género) que le fue dado en su estructura anatómica, en especial los genitales. El transexual siente que no pertenece al sexo otorgado y desea ser y funcionar como miembro del sexo opuesto. A posteriori, el autor, realizó una distinción entre sexo y género, refiriendo que sexo es lo que se ve y género es lo que se siente y que la armonía entre ambos era sustancial para el despliegue de la felicidad.

Para Benjamin (1966) el transexualismo se trataba de una enfermedad que no podía ser curada con psicoterapia, sino que era necesario que el enfermo se sometiera a una cirugía de reasignación sexual, denominada *cirugía de conversión*. Este autor, sexólogo y médico endocrinólogo, clasificaba a los transexuales en “no quirúrgicos” y “verdaderos” en relación con el grado de

interés mostrado hacia las intervenciones quirúrgicas y justificando la cirugía como el único modo de unir “cuerpo-mente”. Según Vitelli y Valerio (2012) el transexual construye su ser expulsando de su cuerpo algo que está “fuera de lugar”, que está de más para incorporar algo que no es, que no pertenece al orden de la realidad, pero que es real.

Otro importante aporte lo realizó el sexólogo estadounidense Money, quién en sus estudios sobre hermafroditismo, expuso que el género se crea en el entorno social cuando la masculinidad y la femineidad son expresadas y declaradas públicamente, independientemente del sexo biológico (Money & Ehrhardt, 1972). Posteriormente, Person y Ovesey (1974a, 1974b) establecieron una diferenciación entre *transexualismo primario y secundario* según la edad de aparición. Estos autores definieron al transexualismo como la decisión de una reasignación del sexo a través de las hormonas y de las intervenciones quirúrgicas en personas biológicamente normales. Por un lado, describieron a los *transexuales primarios o core* como aquellos que poseen alteraciones en la identidad de género desde la infancia y tienden a la asexualidad y por otro lado, a los *transexuales secundarios* como las personas que luego de haber sido homosexuales o travestis por mucho tiempo, se inclinan hacia la transexualidad.

La adopción del término *transgénero* surgió con Virginia (antes Charles) Prince, una doctora en farmacología que un día decidió vestirse permanentemente como mujer y consumir hormonas feminizantes pero, a sorpresa de lo ya conocido anteriormente, ella deseó conservar sus genitales masculinos (Mas Grau, 2015).

Respecto de las clasificaciones psiquiátricas internacionales, en 1980 apareció el término *transexualidad* por primera vez en el DSM III dentro del

capítulo de *Disfunciones Psicosexuales* (American Psychiatric Association, 1980). En el DSM IV de 1994 se abandonó el término cambiando a *Trastorno de Identidad de Género*, incluyendo a aquellas personas que sienten un género diferente al biológico, aunque no se someten a cirugías para modificar su cuerpo (APA, 1994)

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, el transexualismo se encuentra como diagnóstico dentro de los *Trastornos de Identidad Sexual* y se define como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del otro sexo y esto suele acompañarse con sentimientos de malestar y deseos de someterse a tratamientos hormonales y quirúrgicos para cumplir su anhelo. Para que la persona se encuentre dentro de este cuadro, la identidad tuvo que haber estado presente por al menos dos años consecutivos y no ser síntoma de otro trastorno mental ni de una anomalía intersexual (OMS, 1992)

3.1.1. Identidad de género

Según la APA (2009) para poder trabajar con personas que no están conformes con su género, es importante comprender la diferencia entre sexo biológico (incluye características físicas como cromosomas, gónadas) identidad de género (autopercepción del sentirse hombre o mujer y comportamientos relacionados con esta percepción) y los roles de género (comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad que una sociedad, en un contexto histórico determinado, elige como masculinos y femeninos; Arístegui, 2014).

La *identidad personal* está conformada por “marcas positivas”, “soportes de identidad” y la mezcla única de los componentes de la historia vital ligados al individuo por medio de dichos soportes. De este modo, la identidad personal se vincula con la hipótesis de que la persona pueda distinguirse de los otros y, en

esa diferenciación, se incorporen y confluyan las situaciones sociales en una sola historia continua que se transformará luego en el elemento al cual podrán unírseles otros sucesos biográficos (Goffman, 1963)

En relación con el término *género* Bonilla (1998) propone entender el concepto como una creación simbólica que incluye la biología de destino y los significados sociales, culturales y psicológicos existentes en personas de diferente sexo.

La *identidad de género* es una suerte de organización personal como hombre o mujer, sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre o mujer (López, 1998)

Stoller, un psicoanalista que se especializó en problemas de identidad sexual y en las perversiones, sostuvo que la estructura de la identidad de género se forma en un estadio primitivo del desarrollo, que se realizará a partir del nacimiento para resultar definitivamente finalizada, de manera irreversible, alrededor de los tres años, con lo que el autor llamó *núcleo de la identidad de género* (Vitelli & Valerio, 2012).

Según García-Leiva (2005) cuando dos personas interactúan, las cuestiones individuales y sociales confluyen propiciando el intercambio de comunicación fluida. Esta interrelación despliega cuestiones diferentes en relación con el rol que posee cada una de las personas involucradas: el que percibe, el que actúa o ambos. El género sería, por lo tanto, algo que se crea en un proceso continuo. Las teorías del aprendizaje social dan cuenta de la adquisición de patrones conductuales del género mediante los diferentes procesos educativos, dejando de lado los mecanismos intrapsíquicos responsables de la adquisición de las conductas, además del grado de influencias

que éstas tienen en el desarrollo del *self*. La identidad de un individuo dentro de su grupo de pertenencia puede ser fortalecida por las interacciones grupales que allí ocurran.

3.1.2. Mujeres trans y VIH

A la problemática de la identidad de género anteriormente mencionada, se le añade el hecho de que las personas trans están expuestas a condiciones de vulnerabilidad frente al VIH mucho más elevadas que las que enfrentan hombres que tienen sexo con hombres. Esto se debe a los elevados niveles de marginación, violencia, estigma y discriminación que padecen las personas que pertenecen a este grupo (Estrada-Montoya & García- Becerra, 2010).

Los estudios sobre mujeres trans con el Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA son escasos. Los pocos que han sido publicados advierten que, las personas trans que viven con VIH se enfrentan a excepcionales problemas en cuanto a la adherencia y los cuidados de tratamiento de esta enfermedad. El comportamiento, desarrollo cognitivo y emocional de las personas trans intervienen en factores asociados con la adherencia (Meléndez Sáez, 2015).

Un reciente artículo publicado advirtió sobre el hecho de que las personas trans están gravemente desatendidas en la respuesta mundial al VIH puesto que, menos del 40% de los países informan que sus estrategias nacionales contra el SIDA no están dirigidas hacia este grupo, aun cuando las evidencias son cada vez más significativas, en particular, en mujeres trans. Se estima que el 19% de las mujeres trans en todo el mundo vive con VIH y posee casi 50 veces más de probabilidades de vivir con VIH en comparación con otros adultos en edad reproductiva. El impacto en trabajadoras sexuales es aún mayor ya que tienen

una prevalencia de VIH que es de nueve veces mayor que las trabajadoras sexuales no trans y tres veces mayor que los trabajadores sexuales (Poteat, Keatley, Wilcher & Shwenke, 2016).

Si bien la población trans posee un alto riesgo de contraer el VIH, este grupo estigmatizado es bastante ignorado en la prevención del mismo. Los factores de riesgo-trans específicos identificados incluyen: la identidad sexual, conflicto, la vergüenza y el aislamiento, el secreto, la búsqueda de la afirmación, la conducta sexual compulsiva, la prostitución y el compartir agujas al inyectarse hormonas, participación de la comunidad, la educación entre pares y la afirmación de la identidad trans (Bockting, Robinson & Rosser, 2010).

3.2. Estigma y Discriminación

Las personas trans han sufrido, históricamente, de estigma y de discriminación social, han sido mal interpretadas, objetos de burla y violencia. A algunas personas les lleva mucho tiempo mostrarse en público como trans porque han internalizado la trans-fobia (entendida como miedo, odio, no aceptación e incomodidad ante la presencia de personas transgénero, por no ajustarse a los roles de género tradicionales) y la internalización de la trans-fobia, cuya frase proviene de las experiencias similares de gente gay, se refiere a los sentimientos que algunas personas trans tienen por el simple hecho de ser trans, a menudo sin ser conscientes de ellos. Esto las lleva a odiarse y avergonzarse de sí mismas (Kaplan, 2011).

Goffman (1963) sostuvo que el término estigma fue creado por los griegos para referirse a los signos corporales con los cuales se procuraba mostrar algo malo y poco habitual en el nivel de moral de quien los exhibía. Estos signos visibles se trataban de cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían que aquel

que los llevaba era un esclavo, criminal o un traidor. Posteriormente, el cristianismo, añadió al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a marcas corporales de la gracia divina y el segundo a perturbación física. En la actualidad, la palabra, se utiliza en un sentido parecido al original, pero se le agrega a este el señalamiento del mal en sí mismo y no referido a sus expresiones corporales. Del mismo modo, los tipos de males que despiertan preocupación ya no son los mismos. El autor sostiene que el estigma es un atributo profundamente desacreditado que convierte a una persona sana y aceptada en una persona contaminada y descartada.

Por otro lado, pero tomando como base la definición de Goffman, Link y Phelan (2001), el estigma está inmerso en una confluencia de elementos interrelacionados: en el primer elemento, las personas identifican y etiquetan las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes relacionan con características indeseables y estereotipos negativos a las personas etiquetadas. En el tercer elemento, las personas etiquetadas se clasifican en diferentes categorías para lograr cierta distancia entre “nosotros” y “ellos”. En el cuarto, las personas afectadas experimentan discriminación que lleva a resultados desiguales y, por último, la estigmatización está completamente supeditada al acceso en el poder social, económico y político que permite identificar la diferencia, la construcción de estereotipos, la división de las personas estigmatizadas en diferentes categorías y la absoluta realización de la desaprobación, el rechazo, la exclusión y la discriminación.

Goffman (1963) distingue al estigma en tres tipos: el primero se refiere a las diferentes deformidades físicas, luego están los defectos del carácter de las personas que se advierten como falta de voluntad, pasiones tiránicas o

antinaturales, creencias rígidas o falsas y por último los estigmas de raza, nación y religión que se adquieren por herencia.

Cuando las personas son etiquetadas, separadas y relacionadas con características indeseables, se crea una lógica para poder devaluarlas, rechazarlas y excluirlas. Por consiguiente, las características que les fueron otorgadas las lleva a experimentar discriminación (Organización Internacional de Derechos para el Desarrollo, 2014).

Link y Phelan (2001) sostienen que cuando los grupos estigmatizados aceptan que los grupos poderosos los discriminen, son menos propensos a resistirse a las formas estructurales de discriminación que obstaculizan las oportunidades que desean. Por otro lado, la discriminación directa entre los grupos estigmatizados refuerza la creencia de que serán tratados de acuerdo con los estereotipos. La etiqueta sobre la diferencia de las personas puede conectar a un sujeto con muchos estereotipos, con unos pocos o con ninguno. Además, la fuerza de conexión entre etiquetas y atributos indeseables puede ser relativamente fuerte o relativamente débil, hasta el grado de discriminación en grupos de “nosotros” y “ellos” podría ser más o menos completo y el grado de discriminación puede variar también. Esto explicaría la razón por la cual algunos grupos son más estigmatizados que otros.

Goffman (1963) enfatizó la relación que existe entre ambos conceptos, ya que la discriminación ocurre porque previamente se ha estigmatizado. El estigma ha sido definido como un atributo indeseable o deshonoroso que un individuo ostenta, y reduce su estatus individual a los ojos de la sociedad. En la persona estigmatizada habita la incertidumbre, por un lado, porque desconoce la categoría en la cuál será colocado y por el otro porque no sabe si la ubicación lo

beneficia. Tiene muy claro, en su interior, que los otros podrán definirlo en función de su estigma. El estigma lleva a la discriminación, la cual supone que una persona sea tratada de forma menos favorable que otra a causa de alguna característica o cualidad (Organización Internacional de Derechos para el Desarrollo, 2014).

Rodríguez Zepeda (2005) define a la discriminación como una conducta regular que se instaura en la cultura y se expande socialmente, de desprecio hacia una persona o grupo sobre el fundamento de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con la desventaja inmerecida, cuya consecuencia (intencional o no) es perjudicar sus libertades y derechos esenciales.

El uso comprometido del término en Rabossi (1990) parecería coincidir al de Rodríguez Zepeda (2005) cuando describe al acto discriminatorio como una acción prejuiciosa, parcial e injusta manifestada desde una distinción contraria a algo o alguien, ejerciendo un trato desigual que no resulta tolerable.

Existen tres categorías de violencia a menudo discutidas en la literatura de las mujeres trans: la violencia física, la violencia sexual y el acoso verbal (a veces etiquetado como el estigma o discriminación). Las mujeres trans están en riesgo de ser violentadas, incluida la violencia física y la discriminación, a tasas de entre dos y tres veces superiores a las de las personas que no son mujeres trans. La violencia contra las mujeres trans puede dañar el sentido de sí mismo y del ser mujer, intensificando aún más el daño (Hoffman, 2014).

En un estudio se examinó la asociación de los comportamientos de riesgo para la salud relacionados con el VIH sin protección en coito anal, intoxicación por alcohol y drogas y su asociación con el estigma en una muestra de mujeres transgénero. Fueron reclutadas 191 mujeres trans a través de un muestreo

intencional. De ser controladas las características sociodemográficas y de salud individuales, el estigma se asoció de forma independiente con un mayor nivel de relaciones sexuales sin protección anal, uso de drogas ilícitas, y un índice compuesto de los tres comportamientos de riesgo. Los resultados destacan la necesidad de intervenciones para abordar el estigma y el contexto social de relaciones sexuales sin protección, la intoxicación por alcohol y drogas que contribuyen al riesgo de VIH entre las mujeres transgénero (Operario, Yang, Reiner, Iwamoto & Nemoto, 2014).

3.2.1. Estigma interno basado en ideas y comportamiento social y autoexclusión.

El estigma interno es el producto de la internalización y aceptación de las experiencias vividas de estigma y discriminación por una persona o grupo, sostenidas en el tiempo (Morrison, 2006). La autoexclusión es desechar la posibilidad de incluirse en una realidad de la que se podría ser parte y que implica la mirada de la pertenencia a aquello que se descarta (Del Valle et al., 2002).

El estigma interno genera autoexclusión, que se manifiesta en conductas evitativas a causa de temores al rechazo, agresión y sus respectivas acciones como, por ejemplo: no asistir a actividades familiares o sociales, no tener relaciones sexuales, dejar de trabajar o abandonar los estudios, no asistir a un hospital o clínica cuando se necesita (Organización Internacional de Derechos para el Desarrollo, 2014). El estigma interno, además, provoca baja autoestima y frustración por el incumplimiento de deseos y proyectos (Arístegui & Vazquez, 2013).

En las personas trans, la trans-fobia internalizada puede conducir al aislamiento por sentirse inferior, incómodas y avergonzadas. La trans-fobia internalizada puede hacer que las personas trans eviten vincularse con otras de su mismo género por considerar que no son lo suficientemente buenos o que son extraños (Kaplan, 2011).

El estigma interno es una huella, un sentido de desvalorización que puede conducir a la depresión y ocasionar el autoaislamiento de las personas estigmatizadas renunciando al contacto social e íntimo con los otros. El estigma interno también fue denominado “sentido” o “auto-estigmatización”. Es una marca que pesa negativamente sobre las personas que la llevan. El 96% de las personas con diagnóstico de VIH en Argentina, advierten situaciones de estigma y discriminación (Petracci & Romeo, 2011).

Arístegui (2013) concluye que el apoyo social influye considerablemente en la satisfacción con la vida y, por lo tanto, en la calidad de vida. En todos los relatos de dicha investigación, se encuentra que circunstancias como el apoyo de algún miembro de la familia, tener una pareja o formar parte de un grupo de pares, han sido reflejo de bienestar.

El estigma provoca discriminación, la discriminación conduce al estigma interno y el estigma interno, a su vez, fortalece y legitima el estigma (Morrison, 2006). La población trans, en el total de grupos estudiados, fue la que presentó una mayor cantidad de experiencias reales de estigma y discriminación en diferentes ámbitos: familiar, laboral, escolar, y salud (Petracci & Romeo, 2011).

3.2.2. Discriminación Social

La discriminación social es una diferenciación injustificada y arbitraria relacionada con las particularidades de una persona o su pertenencia a algún

grupo específico, que se origina en los contextos sociales, familiares a través de estereotipos y prejuicios. La discriminación, desde la Psicología, corresponde a la actuación de los prejuicios a una conducta negativa hacia los miembros de un grupo cuya imagen es negativa. La discriminación deberá situarse en el ámbito del análisis de organizaciones sociales apoyadas en distintas formas de desigualdad de poder, cuestiones materiales y de reconocimiento, entre otras. La cuestión particular de la discriminación social es que las víctimas reclaman en acciones colectivas provocando una mayor percepción que en la discriminación individual, en donde las víctimas reaccionan enfrentándose directamente a su victimario. Las representaciones sociales ponen o no su atención sobre los hechos que las personas aprehenden como discriminación (Prevert, Navarro Carrascal & Bogalska-Martin, 2012).

La representación social es una característica exclusiva del conocimiento, un ordenamiento de imágenes y de lenguaje ya que, reduce y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en habituales. Un sistema de valores, nociones y prácticas que otorgan a las personas los recursos para orientarse en el entorno social y material y dominarlo. Constructos cognitivos que intervienen en la interacción social cotidiana, proporcionándole a las personas de una comprensión de sentido común (Moscovici, 1961).

La discriminación percibida genera un impacto negativo en la salud mental y física de las personas, a su vez, produce importantes respuestas en relación con el estrés que se deben a comportamientos no saludables (Pascoe & Smart Richman, 2009).

Según Lombardi (2009), cuanto más tiempo viva una persona trans luego de la transición, más discriminación experimentará puesto que la discriminación

por ser trans es una experiencia que, probablemente, acompañe toda la vida de la persona.

3.3. Ansiedad

Al mismo tiempo, las personas trans se encuentran expuestas a factores particulares de ansiedad y estrés relacionados con la discriminación social desde el inicio de la transición. La ansiedad es un fenómeno intrínseco al ser humano que le permite poder anticipar múltiples circunstancias relacionadas con su defensa y con el ataque (búsqueda de alimentos, apareamiento, etc.). Pero estas funciones esenciales poseen múltiples significados que se complejizan en las experiencias cotidianas y anticipadas en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo en el que habita. De esta forma, la defensa no solo ocurrirá frente a próximas amenazas, incluso se presentará ante aquellas advertencias que podrían suceder más adelante. Estos avisos serán físicos y cognitivos (racionales y emocionales) y su magnitud dependerá de la valoración que la persona haga de esos estímulos (externos e internos) y de su capacidad de afrontamiento (Bulacio, 2011).

Según Spielberger, Pollers y Wordan (1984) la ansiedad puede ser una respuesta normal y necesaria o una respuesta desadaptativa. La diferencia reside en que esta última se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y perdura más en el tiempo que la ansiedad normal. Miguel-Tobal (1996) propone que el estrés posee una función de activación y simplificación de la capacidad de respuesta de la persona, comprendiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de defensa ante posibles daños que la persona tenga desde su infancia.

El DSM II (APA, 1968) hace referencia a la definición de “neurosis de ansiedad” y más adelante, entrando en los ochenta se empiezan a perfilar las

características de la ansiedad, descubriéndolas de forma más puntualizadas. En el DSM III (APA, 1980) aparece mencionado el trastorno por pánico, el de ansiedad generalizada, fobia social, estrés postraumático y el trastorno de agorafobia con o sin pánico. El DSM III-R (APA, 1987) clasifica el trastorno de pánico con y sin agorafobia y otorga criterios a la agorafobia. Las modificaciones más relevantes del DSM III-R (APA, 1987) y del DSM IV (APA, 1994) se refieren a la especificación de criterios y tipos (dentro de categorías) y a la inclusión de nuevas categorías. Finalmente, en el DSM 5 (APA, 2013) el Trastorno Obsesivo Compulsivo deja de ser un subtipo de trastorno de ansiedad para convertirse en una nueva categoría diagnóstica.

El estrés de minoría es identificado como una forma específica de estrés social en el cual las personas que conforman grupos sociales estigmatizados se encuentran expuestos a factores de estrés únicos asociados a su condición social y a su identidad (Szymanski, Kashubeck-West, & Meyer, 2008).

Conceptualizado por Meyer (1995, 2003), el estrés de minoría de Lesbianas, gays, bisexuales y transgénero LGBT está compuesto por cuatro elementos. El primer elemento incluye eventos prejuiciosos como la discriminación y la violencia, que se teorizan para analizar con mayor claridad que se haya producido o no. Los otros tres componentes, la homofobia internalizada, las expectativas de rechazo, y el estrés asociado con el ocultamiento son más próximos a la persona y, por lo tanto, más subjetivos. Por otro lado, al igual que ocurre con otras poblaciones marginadas, las personas LGBT pueden internalizar psicológicamente actitudes sociales negativas hacia su grupo, llegando a creer, ellos mismos, estos mensajes negativos.

3.3.1. Sintomatología Ansiosa

Las personas trans que se encuentran en las primeras etapas de transición son las que presentan mayor sintomatología ansiosa, manifiestan conductas evitativas, las cuales generan, en estas personas, una experiencia de mayor angustia. Así como también, las personas trans que reciben menor apoyo social responden con el mismo tipo de afrontamiento (Budge, Adelson & Howard, 2013).

Bulacio (2011) describió las expresiones sintomatológicas de la ansiedad, clasificándolas en diferentes grupos. Dentro de las manifestaciones físicas se puede encontrar: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, sudoración, temblores, falta de aire, tensión y rigidez muscular, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, problemas en la alimentación, mareos e inestabilidad, cansancio, hormigueo y, cuando la activación neurofisiológica es muy intensa, pueden aparecer alteraciones del sueño y complicaciones en la respuesta sexual. Los síntomas cognitivos incluyen: agobio, inquietud, inseguridad, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, sensación de extrañeza o despersonalización, sensación de vacío, temor a perder el control, sospechas, incertidumbres, celos, dificultad para tomar decisiones y, en los casos más graves, temor a la muerte, a perder la cordura o al suicidio; además pueden observarse dificultades de atención, concentración, aumento de descuidos y pensamientos distorsionados, aumento de dudas, sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, interpretaciones

inadecuadas, susceptibilidad, atención especial a detalles desfavorables, entre otros. La sintomatología conductual comprende: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, inquietud motora, impulsividad, dificultad para quedarse en reposo. Estos son síntomas que aparecen con cambios en la expresividad y en el lenguaje corporal como ser: rigidez, posturas cerradas, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, dudas e irritabilidad, etc. Y, por último, el autor, describe las principales manifestaciones sociales que engloban síntomas de ensimismamiento, dificultades para comenzar o seguir una conversación, en algunos casos, y en otros, verborragia, dificultades para preguntar o responder quedándose “en blanco”, temor excesivo a posibles conflictos, inconveniente para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos. Cada persona, según su predisposición biológica o psicológica presenta mayor o menor vulnerabilidad a unos u otros síntomas y su intensidad también varía de acuerdo a ello.

Hace más de cien años, Freud ya dudaba de las distintas características de la neurosis de la angustia, entre ellas estaban incluidas: la expectativa de angustia, excitabilidad general y la posible presencia de “ataques de angustia” los cuales se presentaban con palpitaciones, taquicardia y alteraciones en la respiración, sudor, temblores, diarreas, terrores nocturnos, problemas digestivos, parestesias, entre otros (Sarudiansky, 2013).

3.4. Depresión

Las tasas de depresión son más altas en las mujeres trans que en la población general. La búsqueda de literatura de la depresión en mujeres trans reveló diferentes variables que contribuyen a la depresión como ser: el apoyo

social, la violencia, la explotación sexual y la identidad de género. Las construcciones teóricas de estrés de minoría y su superación se analizan para observar cómo se podría predecir la depresión en mujeres trans. La depresión y los síntomas depresivos se han utilizado para prever los comportamientos sexuales de alto riesgo con resultados mixtos. Los resultados en el tratamiento de la depresión en mujeres trans advierten sobre la necesidad de tomar en cuenta la tensión de la transición y el rol fundamental de los pares de apoyo y familiares (Hoffman, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la depresión es una enfermedad muy habitual en todo el mundo y se estima que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión se diferencia de los cambios frecuentes de estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a las dificultades de la vida cotidiana. Cuando se trata de una extensa duración y de una intensidad de moderada a grave, puede convertirse en un problema de salud, causando sufrimiento y provocando un deterioro en las actividades laborales, escolares y familiares. A nivel mundial las personas con depresión no suelen ser diagnosticadas correctamente, del mismo modo, personas que no padecen la enfermedad son mal diagnosticadas y tratadas con antidepresivos. Todos los trastornos mentales, no solo los depresivos, están incrementando a nivel mundial.

Las impresiones y las conductas de una persona están altamente determinadas por la manera en que, dicha sujeto, organizan el mundo (Beck, 2010).

La depresión tiene sus orígenes en la cultura griega y surge en el momento que Hipócrates desarrolla su teoría de los cuatro humores, entre los

que se hallaba la “bilis negra” o melancolía en griego. La melancolía era entendida como tristeza y continuo malestar sumado a la falta de energía. Este término fue utilizado en el siglo XVIII en Inglaterra para referirse a un trastorno de estado del ánimo. En el siglo XX el concepto se enfrentó a un gran cambio puesto que se comienza a considerar a la depresión como una enfermedad recurrente y, en algunos casos, crónica (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012).

En la primera edición del DSM (1952) la depresión ha sido conceptualizada como un trastorno mental afectivo con estado de ánimo disfórico. Luego en el DSM-II (1968) fueron incluidos los síntomas somáticos que proporcionaron los elementos para la confección de la Escala de Hamilton para la Depresión (HRS_D) y la forma de Inventario de Depresión de Beck (BDI). La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) es uno de los instrumentos más utilizados, es autoinforme de 20 ítems y fue construido a raíz de la necesidad de contar con un instrumento confiable y válido. La escala de depresión previamente validada es el anteriormente mencionado, BDI (Spielberger, Ritterband, Reheiser & Brunner, 2003)

El DSM 5 (APA, 2013) añadió una especificación de “síntomas de ansiedad” para la sección Depresiva y Bipolar, lo que alerta sobre la comorbilidad frecuente en este dominio de síntomas y la atención que merecen. Por otro lado, en los Trastornos depresivos, el duelo no excluye el diagnóstico de depresión.

En un estudio que se realizó a través de Internet, con una muestra de 1093 personas trans, se encontró que los encuestados tenían una alta prevalencia

de la depresión clínica (44,1%), ansiedad (33,2%), y somatización (27,5%). El estigma social se asoció positivamente con la angustia psicológica. El apoyo entre iguales (de otras personas trans) moderó esta relación y se encontraron diferencias poco significativas en relación a la identidad de género (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton & Coleman, 2013).

3.4.1. Sintomatología Depresiva

Los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves según la intensidad y cantidad de los síntomas que presentan. Las personas que padecen episodios depresivos leves encuentran dificultad para cumplir con sus actividades laborales y sociales cotidianas, aunque lo más probable sea que no llegue a cancelarlas. Al contrario, en las personas que sufren episodios depresivos graves coexiste una gran incapacidad para llevar adelante sus actividades sociales, laborales y, hasta incluso, domésticas. Una distinción relevante es la que existe entre las personas con y sin antecedentes de episodios maníacos ya que ambos tipos de depresiones pueden ser crónicas y recurrentes, en particular cuando no son tratadas. El primero, el Trastorno Depresivo Recurrente, como su nombre lo indica, presenta repetidos episodios de depresión los cuales se caracterizan por estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de goce, reducción de la energía que conlleva a una merma en la actividad de la persona que lo padece. Estos síntomas, deben aparecer por un período de al menos dos semanas. Hay personas con depresión que también tienen síntomas de ansiedad como alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima y problemas de concentración, aun sin explicación médica. En cambio, el Trastorno Afectivo Bipolar se basa en

episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con hiperactividad, autoestima excesiva, una menor necesidad de dormir, estado de ánimo elevado e irritable (Organización Mundial de la Salud, 2017).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio de la presente investigación es correlacional.

4.2. Participantes

La muestra estuvo constituida por 23 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% ($n = 12$) eran argentinas y 47% ($n = 11$) extranjeras. Todas residentes del Gran Buenos Aires, tanto Ciudad autónoma de Buenos Aires como conurbano bonaerense. Con relación a su nivel educativo, 16% ($n = 4$) con primario completo, 16% ($n = 4$) con secundario completo, 32% ($n = 7$) con secundario incompleto, 36% ($n = 8$) con universitario o terciario incompleto. Con relación a su actividad laboral, 63% ($n = 14$) realizan trabajo sexual actualmente, 26% ($n = 6$) realizaron trabajo sexual alguna vez, y 11% ($n = 3$) no realizan ni realizaron trabajo sexual.

4.3. Instrumentos

4.3.1. Center for Epidemiological Studies – Depression scale (CES-D)

Es un instrumento que consta de 20 ítems de una escala de Likert de 4 opciones de respuesta que van desde “Rara vez o ninguna de las veces” a “La mayoría o todo el tiempo”. La escala CES-D es una escala de autoinforme corta

diseñada para medir la sintomatología depresiva en la población general. Los ítems de la escala son los síntomas que se relacionan con depresión, los cuales, se han utilizado en las escalas más largas previamente validados. La nueva escala se encontró que tiene muy alta consistencia interna y reproducibilidad test-retest adecuada. La validez se estableció por correlaciones con otras medidas de autoinforme, por correlaciones con puntuaciones clínicas de la depresión, y con otras variables que apoyan su validez de constructo. La confiabilidad, validez y estructura factorial fueron semejantes en una amplia variedad de características demográficas en las muestras de población general probadas. La escala debe ser una herramienta útil para los estudios epidemiológicos de depresión. Es una escala muy utilizada con población trans y por ello ha sido elegida, también se ha usado en población con VIH (Radloff, 1977). Ver Anexo A.

4.3.2. Inventario de Ansiedad-Rasgo (STAI)

Es un instrumento que consta de 20 ítems en una escala de Likert de 4 opciones de respuesta que van desde “Nada” a “Mucho” (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2008). Este cuestionario mide ansiedad-rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad) y ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad). La adaptación española del cuestionario se efectuó en 1982. Se realizó un análisis de confiabilidad mediante alfa de Cronbach (0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado). También ha sido realizada una reducción factorial con unos resultados similares a los de la adaptación original. En 1991, Figueroa realizó la traducción y adaptación argentina: “Inventario Estado- Rasgo de Ansiedad”. Se observó que el STAI mantiene unas adecuadas propiedades métricas y que, además, ha sido

sensible al aumento de estímulos ambientales que producen estrés (Riquelme & Buela-Casal, 2011). Ver Anexo B.

4.3.3. Cuestionario de Estigma interno y Auto-exclusión

Se evaluó estigma interno y auto-exclusión por identidad de género a través de un cuestionario realizado ad-hoc por la Fundación Huésped ya administrado en una encuesta anterior en población trans a nivel nacional (Fundación Huésped, 2013). Consta de 5 ítems que evalúa Estigma Interno basado en ideas (sentimientos en relación a su identidad trans, de vergüenza, culpabilidad, baja autoestima y de ideas suicidas) en una escala de Likert de 5 opciones de respuesta que van desde “Nunca” a “Siempre”, 1 ítem de respuesta “Si”, “No”, “Ns/Nc” (intención suicida), 5 ítems que evalúa Estigma interno basado en comportamiento social (participación a reuniones sociales, vínculos afectivos, uso de transportes públicos y retorno a la ciudad o pueblo de origen) en una escala de Likert de 5 opciones de respuesta que van desde “Nunca” a “Siempre” y 4 ítems que evalúa auto-exclusión (temores de ser rechazadas, agredidas por su identidad trans y acciones en consecuencia) en una escala también de Likert de 5 opciones de respuesta que van desde “Nunca” a “Siempre”. Ver Anexo C.

4.3.4. The Everyday Discrimination Scale

Es un instrumento que fue diseñado para analizar la discriminación en base a las diferencias raciales en estatus socioeconómico, clase social e indicadores agudos y crónicos en la discriminación percibida (Williams, Yu, Jackson & Anderson, 1997). De acuerdo con los autores, este instrumento puede ser utilizado para cualquier tipo de grupo expuesto a discriminación (género, orígenes, religión, orientación sexual, educación, etc.). El cuestionario evalúa la

discriminación social percibida en la vida cotidiana con relación a su identidad trans, consta de 9 ítems en escala de Likert unidimensional de 6 opciones de respuesta que van desde “Casi todos los días” a “Nunca”. El valor de Alfa de Cronbach es de .88. Ver Anexo D.

4.4. Procedimiento

Se seleccionó un grupo de mujeres trans con VIH que concurría a una ONG para recibir su tratamiento y que forma parte del protocolo FH-17. Las mujeres que entran a este protocolo atraviesan análisis de sangre, entrevista basal, cuestionarios psicosociales. Las baterías fueron administradas por psicólogos y residentes del Área de Psicología e Investigación Clínica de la misma. El tiempo estimado de administración fue de 30 minutos en una sola sesión, incluyen Center for Epidemiological Studies – Depression scale (CES-D), Inventario de ansiedad-rasgo (STAI), Cuestionario de Estigma Interno y Auto-exclusión, The Everyday Discrimination Scale. Los cuestionarios se encuentran en un sistema online denominado RED-CAP (aplicación web para la construcción y gestión de encuestas en línea y bases de datos) y los datos fueron analizados con SPSS (software de analítica predictiva).

5. Resultados

5.1. Estadísticos Descriptivos

A continuación, se harán algunos comentarios sobre los estadísticos descriptivos mostrados en la Tabla 1. En general, las variables no cuentan con baremos nacionales actualizados ni tampoco puntos de corte, por lo cual, la interpretación de los estadísticos descriptivos es limitada.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos

	DS	EI	ECS	Autx	Dep	Anx
N	23	23	23	23	23	23
Media	17,39	8,39	9,78	9,87	42,17	51,57
D.E.	7,99	4,27	5,04	5,09	8,75	6,43
Mín	9	5	5	4	26	36
Máx	38	21	21	20	60	62
Mediana	15	7	8	9	42	52

Nota. DS = discriminación social, EI = estigma interno basado en ideas, ECS = estigma interno basado en comportamiento social, Autx = auto-exclusión, Dep = sintomatología depresiva, Anx = sintomatología ansiosa.

5.1.1. Nivel de estigma interno (basado en ideas y basado en comportamiento social), de auto-exclusión y de discriminación social por identidad de género en un grupo de mujeres trans con VIH.

En discriminación social se registró una media de 17.39 ($DE = 7.99$) y la mediana indicó que la mitad de los casos tienen puntajes por debajo de 15.

Respecto de la dimensión estigma interno basado en ideas se registró una media de 8.39 ($DE = 4.27$) y la mediana indica que la mitad de los casos tienen puntajes por debajo de 7. Aunque este instrumento no cuenta con un punto de corte, así como tampoco de un baremo nacional puede decirse que, en promedio, la muestra tiene un puntaje bajo, ya que está por debajo de la mitad del puntaje máximo posible (21). En estigma interno basado en comportamiento social el puntaje promedio fue de 9.78 ($DE = 5.04$) y la mediana indica que la mitad de los casos tienen puntajes por debajo de 8.

En cuanto a la dimensión auto-exclusión se ha observado un puntaje promedio de 9.87 ($DE = 5.09$) y la mediana indica que la mitad de los casos tienen puntajes por debajo de 9.

5.1.2. Niveles de sintomatología de depresión y ansiedad de rasgo en un grupo de mujeres trans con VIH.

El nivel de depresión del grupo se puede clasificar entre moderado y alto tomando en cuenta el punto de corte de 16 para indicar sintomatología depresiva utilizado en una precedente investigación realizada en hombres y mujeres trans (Clements-Nolle Marx, & Katz, 2001). El puntaje promedio fue de 42.17 ($DE = 8.75$). El puntaje mínimo observado (26) se encuentra dentro de un rango que señala un grado moderado de depresión, mientras que casi la mitad de los casos superaron los 42 puntos, lo cual estaría indicando un nivel alto de depresión.

El nivel de ansiedad del grupo está entre moderado y alto, teniendo en cuenta que las puntuaciones totales oscilan de 0 a 60, puntuaciones más altas indican mayor ansiedad (Spielberger Gorsuch, & Lushene, 2002). El puntaje promedio fue de 51.57 ($DE = 6.43$). El puntaje mínimo observado (36) está dentro de un rango que indica un grado moderado de ansiedad con un percentil de 59, mientras que la mitad de los casos superaron los 52 puntos y un percentil de 93, lo que indica un nivel alto.

5.2. Estadísticos inferenciales

5.2.1. Asociación entre la discriminación social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.

La asociación existente entre discriminación social evaluada con el The Everyday Discrimination Scale y depresión tal como es medida por CES-D fue positiva y estadísticamente significativa (ver Tabla 2), este resultado indica que cuanto mayor es la discriminación social, mayor es la depresión de mujeres trans con VIH. En cuanto a la relación existente entre discriminación social y ansiedad de rasgo evaluada con el STAI, se observó una relación asociativa

estadísticamente significativa y también en sentido positivo. Este resultado indica que cuanto mayor es la discriminación social, mayor es la ansiedad de rasgo en mujeres trans con VIH.

Tabla 2

Correlaciones entre ansiedad y depresión con variables de discriminación

	Anx		Dep	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
DS	.51	.01	.48	.02
EI	.59	.003	.49	.02
ECS	.56	.006	.30	.16
Autx	.49	.02	.37	.09

Nota. DS = discriminación social, EI = estigma interno basado en ideas, ECS = estigma interno basado en comportamiento social, Autx = auto-exclusión, Anx = sintomatología ansiosa, Dep = sintomatología depresiva. Se destacan en negrita los resultados estadísticamente significativos.

5.2.2. Relación entre el estigma interno por identidad de género basado en ideas y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.

Al analizar la asociación entre los puntajes correspondientes al estigma interno basado en ideas tal como es medido en el cuestionario ad-hoc de la Fundación Huésped y los de depresión, se obtuvo un resultado positivo y estadísticamente significativo (ver Tabla 2). Esto indica que cuanto mayor es el estigma interno basado en ideas, mayor puntaje es la depresión en dicho grupo. En cuanto a la asociación entre esta dimensión del estigma interno basado en ideas y la ansiedad rasgo fue positiva y estadísticamente significativa (ver Tabla 2). Esto señala que cuanto mayor es el estigma interno basado en ideas, mayor es la ansiedad en el grupo investigado.

5.2.3. Relación entre el estigma interno basado en comportamiento social y la auto-exclusión social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de mujeres trans con VIH.

Respecto de la asociación entre el estigma interno basado en comportamiento social evaluado con el cuestionario ad-hoc de la Fundación Huésped y la ansiedad, fue positiva y estadísticamente significativa (ver Tabla 2). Este resultado indica que cuanto mayor es el estigma interno basado en comportamiento social, mayor es la ansiedad. Finalmente, al analizar la asociación entre la auto-exclusión tal como es medida por el cuestionario ad-hoc de la Fundación Huésped y la ansiedad se observó que la relación fue positiva y estadísticamente significativa (ver Tabla 2). Dicho resultado informa que cuanto mayor es la autoexclusión, mayor es la ansiedad en este grupo de mujeres trans con VIH.

6. Conclusiones

El presente trabajo cumplió satisfactoriamente con los objetivos planteados. Los mismos surgieron de los relatos de mujeres trans en las entrevistas donde se aplicaban los cuestionarios, allí referían sentimientos de discriminación social percibida en sus experiencias de vida. Cuestiones relacionadas con el estigma interno y aquello que sentían habiendo sido y siendo sometidas a insultos, humillaciones, maltratos físicos y psíquicos parecían ser los disparadores de sintomatologías depresivas y ansiosas.

El primer objetivo específico proponía describir el nivel de estigma interno (basado en ideas y basado en comportamiento social), de autoexclusión y de discriminación social por identidad de género puesto que, además de las experiencias relatadas por el grupo aquí estudiado, se trata de una población que

se encuentra muy expuesta a la desatención en la respuesta mundial al VIH. En concordancia con las estadísticas encontradas el año pasado en la Revista de la Sociedad Internacional del SIDA se alertó sobre este hecho y se expuso que menos del 40% de los países que realizan estrategias nacionales contra el SIDA las incluyen incluso cuando, los casos de mujeres trans con VIH son cada vez más (19% mundial) y tienen casi 50 veces más probabilidades de vivir con esta enfermedad que otros adultos en edad reproductiva, más aún en las trabajadoras sexuales que es de nueve veces mayor que las no trans y tres veces mayor que los trabajadores sexuales hombres. No obstante, este grupo estigmatizado se encuentra muy ignorado en la prevención del mismo. Los factores de riesgo-trans específicos identificados incluyen: la identidad sexual conflicto, la vergüenza y autoexclusión, el secreto, la búsqueda de la afirmación, la conducta sexual compulsiva, la prostitución y el compartir agujas al inyectarse hormonas, participación de la comunidad, la educación entre pares y la afirmación de la identidad trans (Bockting, Robinson & Rosser, 2010). Según Estrada-Montoya y García- Becerra (2010) las condiciones de vulnerabilidad frente al VIH son mucho más elevadas las que enfrentan las personas trans que aquellas a las que están expuestas los hombres que tienen sexo con hombres. Esto se debe a los elevados niveles de estigma y discriminación, marginación y violencia que padecen las personas que pertenecen a este grupo. En relación con esto, un estudio realizado por Lombardi (2009) advierte que cuantos más años viva una persona trans luego de la transición, más discriminación experimentará ya que la discriminación por ser trans es una experiencia que, probablemente, acompañe toda la vida de la persona.

El segundo objetivo específico planteaba la descripción de los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. En relación con esto, parece evidente que el impacto negativo en la salud mental y física de las personas a causa de la discriminación produce grandes respuestas de estrés que están relacionadas con comportamientos no saludables (Pascoe & Smart Richman, 2009). Según Szymanski, Kashubeck-West, y Meyer (2008) el estrés de minoría es una forma específica de estrés social de grupos estigmatizados por estar expuestos a factores asociados a su condición social y a su identidad. En cuanto a las personas trans en particular, presentan sintomatología ansiosa en las primeras etapas de transición por medio de conductas evitativas, las cuales generan más presencia de angustia y depende mucho del apoyo social percibido ya que, las que reciben menor aceptación y apoyo responden con el mismo tipo de afrontamiento (Budge, Adelson, & Howard, 2013).

Con respecto a la depresión, tanto Hoffman (2014) como Arístegui (2013) concuerdan en que la depresión en este grupo podría ser la causa del escaso o nulo apoyo social y que es necesario tomar en cuenta el rol fundamental de los pares de apoyo en general puesto que, el apoyo social influye considerablemente en la satisfacción con la vida. El estudio que se llevó a cabo a través de internet por Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton y Coleman (2013) confirma la necesidad de profundizar las investigaciones sobre los temas aquí estudiados ya que en él se encontró una asociación positiva entre el estigma social y la angustia psicológica y una alta prevalencia de depresión clínica (44,1%), ansiedad (27,5%) y somatización (27,5) en una muestra grande, de 1093 personas trans.

En cuanto a los últimos tres objetivos de investigación, se propuso determinar la asociación entre las variables seleccionadas, tanto en el tercer objetivo que comparaba la discriminación social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, como en el cuarto donde se planteó analizar la relación entre el estigma interno por identidad de género basado en ideas y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva; y en el último donde se estudió la asociación entre el estigma interno basado en comportamiento social y la autoexclusión social por identidad de género y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. En virtud de los resultados, se podría concluir que, en su gran mayoría, brindaron asociaciones significativamente positivas si bien es cierto que, en el caso de la asociación entre estigma interno por identidad de género basado en comportamiento social y autoexclusión social por el mismo motivo y la sintomatología depresiva, no se puede inferir lo mismo. Esto podría deberse al cansancio percibido por las participantes de la investigación al momento de responder las preguntas. Ya que no conciben con algunos de los relatos expresados en algunos momentos de la entrevista.

6.1. Limitaciones

Se hace necesario resaltar que el escaso número de participantes es una de las limitaciones que presentó esta investigación, así como las condiciones de las entrevistas no fueron las ideales ya que las pacientes habían estado desde varias horas antes de la toma de cuestionarios realizando análisis y estudios médicos. En la mayoría de los casos en ayunas para acelerar el proceso y poder retirarse a dormir. Muchas de ellas llegaban de toda una noche de trabajo sexual, sin haber descansado. Ese cansancio esperable, pudo haber influido en la

investigación que se realizaba, debido a los estudios clínicos previos desde una hora y media antes, aproximadamente, que debían seguir conformes al protocolo de investigación.

Otra de las limitaciones encontradas fueron los instrumentos utilizados, en especial, los ad-hoc de la Fundación que, si bien se encontraban correctamente certificados y aprobados por la misma, estaban en fase de prueba. Es importante destacar el equipo de trabajo de la institución que ofrecieron una amplia disponibilidad, siempre se mostraron muy amables, participativos y colaboradores. Cabe mencionar que la Fundación cuenta con una mujer trans que facilitó el contacto con las participantes entrevistadas, la cual se encargaba de brindarles los servicios de la institución, llevando un equipo de profesionales para el testeado rápido de VIH, además de impulsarlas a ocuparse de su salud, mediante encuentros de grupo en los hoteles o casas de alojamiento donde ellas viven.

Es oportuno tener en cuenta también que se trata de un cuestionario muy extenso de una hora y media aproximada de duración entre la explicación del mismo, sus respuestas y sus comentarios en algunos puntos. Por otro lado, los cuestionarios fueron tomados por varios pasantes residentes, por lo cual no se puede asegurar una óptima toma de los mismos en todos los casos, además de la inexperiencia por el hecho de ser residentes universitarios que carecen de práctica profesional. Otra advertencia para considerar es que algunas mujeres presentaban mayores dificultades de concentración o de comprensión en las consignas que otras, ya sea por su nivel de estudios o simplemente por el agotamiento físico y mental mencionado anteriormente.

6.2. Aporte Personal

Esta experiencia ha brindado la posibilidad de conocer un grupo de personas de difícil acceso por todas lo expuesto anteriormente. Se ha podido aprender mucho sobre las problemáticas específicas de estas personas y generar un vínculo interesante con ellas que, al inicio se mostraban a la defensiva, y luego devenía en un encuentro empático que derivaba en charlas posteriores. Ha sido una experiencia muy rica que ha dado la posibilidad de un crecimiento personal, derribando el miedo inicial de no ser aceptada y de no poder desempeñar la función satisfactoriamente.

Contrariamente a lo supuesto, se ha podido observar un grupo de personas muy sensibles, sabias y todas amables, educadas y con voluntad de cooperación. Todas ellas con una gran necesidad de ser aceptadas e incluidas.

En virtud de los resultados, se concluyó que la discriminación social y el estigma interno basado en ideas ocasionan síntomas de ansiedad y depresión y que tanto el estigma interno basado en comportamiento social como la auto-exclusión generan sintomatología ansiosa.

Cabe inferir que se ha podido detectar la urgencia de atender estas necesidades profundizando sobre acciones contra la discriminación social hacia este grupo tan vulnerado ya que, el no hacerlo, comporta importantes daños a su salud mental.

Finalmente, solo queda subrayar la disponibilidad y contención del equipo de trabajo, presente en todo el proceso y el agradecimiento que se siente por haber podido ser parte de este proyecto.

6.3. Nuevas Líneas de investigación

Las afirmaciones anteriores sugieren que en futuras investigaciones, podría considerarse pertinente atender a estos aspectos expresados así como también profundizar en las temáticas propuestas sobre discriminación social y estigma con cuestionarios que contengan un apartado en donde se puedan agregar observaciones clínicas y algunos relatos de las participantes que se consideren oportunas, al inicio del tratamiento por VIH y a la finalización del mismo para poder analizar las variaciones que hubieron, si existieron, entre el estigma interno (basado en ideas y basado en comportamientos social), discriminación social, autoexclusión y las sintomatologías ansiosa y depresiva, puesto que sería esperable observar cambios positivos teniendo en cuenta el agradecimiento por la atención y cuidado que han expresado las participantes a los profesionales de salud intervinientes. Además, esto brindaría la posibilidad de agregar un análisis cualitativo que podrían dar lugar a nuevas problemáticas de investigación en dichas temáticas.

Finalmente, se sugiere un cambio de horario del laboratorio para las investigaciones realizadas con mujeres trans ya que se trata de una población que en su gran mayoría realizan trabajos sexuales. En lugar de finalizar al mediodía la atención del mismo, debería contemplarse la posibilidad de inicio al mediodía, permaneciendo hacia la tarde (momento en el que ellas suelen comenzar su día). De este modo, no solo sería una actividad más fácil de llevar a cabo, sino que asistirían más descansadas y los cuestionarios arrojarían datos más certeros.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1952). 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 (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4ta ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5ta ed.). Washington DC: APA
- Arístegui, I. (2014). Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en población transgénero. *Psicodebate*, 14 (1), 85-100
- Arístegui, I & Vázquez, V. (2013). El impacto del estigma y la discriminación en la calidad de vida de personas transgénero viviendo con VIH. *Hologramática*, Facultad de Ciencias Sociales 19 (1), pp. 5-30.
Recuperado de
<http://www.cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=3&articulo=1802&tipo=A&sid=136&NombreSeccion=Articulos&Accion=Ver>
- Arístegui, I. & Zalazar, V. (2014), Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Recuperado de <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/OSI-informe-FINAL.pdf>
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19na edición). RMG. Bilbao. España.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and Transsexualis. *International Journal of Sexology* 7: 12–14.
- Benjamin, 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. 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. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241
- Bockting, W.O., Robinson B.E., & Rosser, B.R.S. (2010) Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *Journal AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, Vol. 10, pp. 505-525. doi: 10.1080/09540129850124028
- Bonilla, A. (1998). Los roles de género. En J. Fernández (Ed.), *Género y sociedad* (pp. 141-176). Madrid: Pirámide.
- Budge, S. L.; Adelson, J. L.; Howard, & Kimberly A. S. (2013) Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (3). doi: 10.1037/a0031774
- Bulacio, J. M. (2011). Ansiedad, estrés y práctica clínica (2da.edición) Buenos Aires: Akadia.
- 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.
- Del Valle, T., Apaolaza, J.M., Arbe, F., Cucó, J., Díez, C., Esteban, M.L...& Maquieira, V. (2002). Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.
- 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).
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de Género: Modelos explicativos. Escritos de Psicología. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/2710/2710208730>
- Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.
- Goffman, B., Link, J., & Phelan, C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Columbia University and New York State Psychiatric Institute, NY 10032*, 27:363-85

- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Hoffman, B. (2014). An Overview of Depression among Transgender Women. *Depression Research and Treatment*. Recuperado de <https://www.hindawi.com/journals/drt/2014/394283/cta/>
- Kaplan, A.B. (2011). Internalized Trans-Phobia. *Transgender Mental Health*. Recuperado de <https://tgmentalhealth.com/2011/03/25/internalized-trans-phobia/>
- Lombardi, E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of Homosexuality*, 56(8), 977–992. doi:10.1080/00918360903275393
- López, F. (1998). Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género. En J. Fernández (coor.). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Mas Grau, J. (2015). Transexualidad y Transgenerismo. Una aproximación teórica y etnográfica a dos paradigmas enfrentados. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXX, n 2, pp.485-501. doi: 10.3989/rntp.2015.02.009
- Meléndez Sáez, M. C., 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).
- 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
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore [Md.: Johns Hopkins University Press.
- Morrison, K. (2006). Romper el ciclo: Estigma, Discriminación, Estigma interno y VIH. *Autor: Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos*. Recuperado de

http://paideia.synaptium.net/pub/pesegpatt2/educ_sexual/vih/Romperelciclo-esfinal.pdf

Moscovici, S. (1961/1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público* (2ª ed.).

Buenos Aires: Huemul.

Navas Orozco, W. & Vargas Baldares, M.J. (2012). Abordaje de la depresión:

Intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26(2): 19-35. Recuperado de

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/v26n2.pdf#page=19>

OMS (1992). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima*

Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud.

OMS (2017). *La depresión*, Nota de prensa n° 369. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Operario, D., Yang, M.-F., Reisner, S. L., Iwamoto, M. & Nemoto, T. (2014),

Stigma and the Syndemic of HIV-related health risk behaviors in a

diverse sample of transgender women. *Journal Community Psychology*,

42: 544–557. doi:10.1002/jcop.21636

Organización Internacional de Derecho para el Desarrollo (2014). Guía sobre

VIH y Derechos Humanos para facilitadores legales. Recuperado de

<http://idlo.int/sites/default/files/pdfs/Guia%20VIH%20facilitadores%20-%20Guidelines%20HIV%20Paralegals.pdf>

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and

health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–

554. doi: 10.1037/a0016059

Person E. & Ovesey L. (1974a). The transsexual syndrome in males I. Primary

transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 4-29.

Person E. & Ovesey L. (1974b). The transsexual syndrome in males I.

Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28,

174-193.

Petracci, M. & Romeo, M. (2011). Índice de estigma en personas que viven con

VIH: Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped. [recuperado 2-05-

2013] de [https://www.huesped.org.ar/wp-](https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Indice-de-Estigma-y-Discriminacion.pdf)

[content/uploads/2017/05/Indice-de-Estigma-y-Discriminacion.pdf](https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Indice-de-Estigma-y-Discriminacion.pdf)

- Poteat T. C., Keatley, J., Wilcher, R. & Shwenke, C. (2016) Evidence for action: a call for the global HIV response to address the needs of transgender populations. *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
- Prevert, A., Navarro Carrascal, O. & Bogalska- Martin, E. (2012) La Discriminación Social desde la perspectiva psicosociológica. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2145-48922012000100002
- Rabossi, E. (1990) Derechos Humanos: El principio de igualdad y la Discriminación. *Revista del Centro de Estudios Institucionales*. Núm 7. Recuperado de <http://maestrias.pbworks.com/f/Rabossi-%2Bdiscriminaci%25C3%25B3n.pdf>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401
- Rodríguez Zepeda, J. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El Cotidiano*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513404> ISSN 0186-1840
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28
- Socías, M. E., Marshall, B. D. L., Arístegui, I., Zalazar, V., Romero, M., Sued, O., & Kerr, T. (2014). Towards Full Citizenship: Correlates of Engagement with the Gender Identity Law among Transwomen in Argentina. *Journal Plos One*, 9(8). doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0105402>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (2008). STAI. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (2011). STAI. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (8ª ed. rev.). Madrid: TEA.

- 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: TEA.
- Spielberger, C.D., Pollans, C.H. & Wordan, T.J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.
- 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.redalyc.org/pdf/337/33730201.pdf>
- Szymanski, D.M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008) Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates and research directions. *The Counseling Psychologist* 36: 525–574. doi: 10.1177/0011000007309489
- Vitelli, R., & Valerio, P. (2012). Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive. Napoli: Liguera.

8. Anexos

8.1. Anexo A

Estudio FH-17

Protocolo: Versión 1.1 en español

Fecha: 22/JUL/2015

8) CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION E IDEACIÓN SUICIDA

Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)

A continuación hay una lista de como podés haberte sentido o comportado. Por favor decime con qué frecuencia te sentiste **así durante la semana pasada**.

	Rara vez o ninguna de las veces (menos de 1 día)	Algunas veces o por poco tiempo (1-2 días)	Ocasionalmente o una moderada cantidad de tiempo (3-4 días)	La mayoría o todo el tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	1	2	3	4
2. No me sentía con ganas de comer, tenía poco apetito	1	2	3	4
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos	1	2	3	4
4. Sentía que yo era tan buena como cualquier persona	1	2	3	4
5. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
6. Me sentía deprimida	1	2	3	4
7. Sentía que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	1	2	3	4
8. Me sentía optimista sobre el futuro	1	2	3	4
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso	1	2	3	4
10. Me sentía con miedo	1	2	3	4
11. Tenía problemas para dormir	1	2	3	4
12. Estaba contenta	1	2	3	4
13. Hablé menos de lo usual	1	2	3	4
14. Me sentía sola	1	2	3	4
15. La gente no era amigable	1	2	3	4
16. Disfruté de la vida	1	2	3	4
17. Pasé ratos llorando	1	2	3	4
18. Me sentí triste	1	2	3	4
19. Sentía que no le caía bien a la gente	1	2	3	4
20. No tenía ganas de hacer nada	1	2	3	4

8.2. Anexo B

Estudio FH-17

Protocolo: Versión 1.1 en español

Fecha: 22/JUL/2015

9) CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD: Inventario de ansiedad-rasgo (STAI)

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lee cada frase y marca con una cruz el casillero que indique como te sentís GENERALMENTE. No hay respuestas buenas o malas. No utilices demasiado tiempo para responder cada frase, pero tratá de elegir la respuesta que mejor describa tus sentimientos GENERALMENTE.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1) Me siento bien	1	2	3	4
2) Me siento nerviosa	1	2	3	4
3) Me siento "a gusto" conmigo misma	1	2	3	4
4) Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
5) Siento que fallo	1	2	3	4
6) Me siento descansada	1	2	3	4
7) Soy una persona tranquila serena y calma	1	2	3	4
8) Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar	1	2	3	4
9) Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10) Soy feliz	1	2	3	4
11) Tengo malos pensamientos	1	2	3	4
12) Me falta confianza en mí misma	1	2	3	4
13) Me siento segura	1	2	3	4
14) Puedo decidirme rápidamente	1	2	3	4
15) Me siento "fuera de lugar"	1	2	3	4
16) Me siento satisfecha	1	2	3	4
17) Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan	1	2	3	4
18) Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza	1	2	3	4
19) Soy una persona estable	1	2	3	4
20) Cuando pienso las cosas que tengo entre manos me pongo nerviosa y tensa	1	2	3	4

8.3. Anexo C

Estudio FH-17

Protocolo: Versión 1.1 en español de fecha 22/JUL/2015

Carta Administrativa N° 1 de fecha 1/ABR/2016

3) CUESTIONARIO PSICOSOCIAL Basal**SOCIAL (VECINOS/FAMILIA)****37. Por tu identidad trans ¿con qué frecuencia sentiste alguna de las emociones que voy a mencionarte? (lea las alternativas puede + de 1 respuesta)**

	Nunca	A veces	Normalmente	A menudo	Siempre
37.1. Te sentiste avergonzada	1	2	3	4	5
37.2. Te sentiste culpable	1	2	3	4	5
37.3. Con baja autoestima	1	2	3	4	5
37.4. Sentís que deberías ser castigada	1	2	3	4	5
37.5. Tuviste ideas suicidas	1	2	3	4	5

38. ¿Alguna vez intentaste suicidarte? (espontánea una sola respuesta)

SI	1
NO	0
Ns/Nc	9

40. Por tu identidad trans ¿en el último año te ocurrió alguna de las siguientes situaciones que voy a mencionarte? (lea las alternativas puede + de 1 respuesta)

	Nunca	A veces	Normalmente	A menudo	Siempre
40.1. Preferiste no asistir a reuniones sociales	1	2	3	4	5
40.2. Te aislaste de tu familia	1	2	3	4	5
40.3. Te aislaste de tus amigos	1	2	3	4	5
40.4. Dejaste de tomar transporte público	1	2	3	4	5
40.5. No volviste a tu ciudad/pueblo de origen	1	2	3	4	5

41. Por tu identidad trans ¿en el último año tuviste miedo a que te ocurrieran alguna de las siguientes situaciones que voy a mencionarte (ocurrieran o no)? (lea las alternativas puede + de 1 respuesta)

	Nunca	A veces	Normalmente	A menudo	Siempre
41.1. Temor a ser blanco de murmuraciones	1	2	3	4	5
41.2. Temor a ser insultada acosada y/o amenazada verbalmente	1	2	3	4	5
41.3. Temor a ser agredida físicamente	1	2	3	4	5
41.4. Temor a que alguien no quiera entablar una relación sexual íntima con vos debido a tu identidad trans	1	2	3	4	5

8.4. Anexo D

Estudio FH-17

Protocolo: Versión 1.1 en español de fecha 22/JUL/2015

Carta Administrativa N° 1 de fecha 1/ABR/2016

3) CUESTIONARIO PSICOSOCIAL Basal
SOCIAL (VECINOS/FAMILIA)

35. ¿En tu vida cotidiana, con qué frecuencia te suceden las siguientes situaciones por ser una mujer trans?

	Nunca	A veces	Normalmente	A menudo	Siempre
35.1. Te tratan con menos cortesía	1	2	3	4	5
35.2. Te tratan con menos respeto	1	2	3	4	5
35.3. Recibís un servicio menor al adecuado	1	2	3	4	5
35.4. La gente actúa como si te tuvieran miedo	1	2	3	4	5
35.5. La gente actúa como si no fueras inteligente	1	2	3	4	5
35.6. La gente actúa como si fueras deshonesto	1	2	3	4	5
35.7. La gente actúa como si fueran mejores que vos	1	2	3	4	5
35.8. Te insultan	1	2	3	4	5
35.9. Te amenazan o acosan verbalmente	1	2	3	4	5