

Instituto Nacional
de Salud Pública

Detección de los factores que influyen en la vulnerabilidad de las mujeres transgénero para desarrollar VIH-SIDA

Alumna:

Gabriela del Carmen Nucamendi Cervantes

Director:

Dr. Carlos Magis Rodríguez

Asesoras:

Dra. Rosalba Rojas Martínez

Dra. Betania Allen Leigh

**Artículo presentado para
la obtención del grado de**

***Especialista en Salud Pública y
Medicina Preventiva***

Contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	6
Material y métodos.....	7
Resultados.....	10
Pacientes seronegativas.....	11
Pacientes seropositivas.....	13
Discusión.....	19
Referencias.....	29

Detección de los factores que influyen en la
vulnerabilidad de las mujeres transgénero para
desarrollar VIH/SIDA

Palabras clave: *transgénero, vulnerable, VIH/SIDA*

Resumen. A pesar de que las naciones han realizado una gran inversión de recursos y esfuerzos conjuntos, el VIH/SIDA continúa siendo un problema grave en salud pública y se mantiene como una patología con uno de los primeros lugares de mortandad. En diversas publicaciones la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito que la población más afectada de este padecimiento son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero (MT), profesionales del sexo y usuarios de drogas inyectadas (UDI) (ONUSIDA, AIDSInfo, 2012).

Para comprender el desarrollo del tema central de este artículo, es importante describir que desde la perspectiva psicológica la definición de género. De acuerdo a lo expuesto por Marta Lamas en el artículo “La perspectiva de género”, la asignación de género se realiza en el momento que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. La identidad de género se establece cuando el infante adquiere el lenguaje y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre sexos. El rol de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. La perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual. Es indiscutible que en la humanidad hay una variedad impresionante de posibilidades que combinan por lo menos tres elementos: el sexo (hombre, mujer), el género (masculino o femenino según las pautas de una cultura dada), y orientación sexual (heterosexual, homosexual/lésbica o bisexual) (Lamas, 2007).

El término población transgénero se refiere a personas que en diferentes formas se identifican con el género opuesto al de sus características fisiológicas de nacimiento. (Roth, 2014) Una persona transexual es alguien que ha nacido

biológicamente como hombre, sin embargo, adopta una identidad de género femenina; o haber nacido mujer y definirse como hombre. Un travesti es una persona que se viste con ropa del sexo opuesto pero no necesariamente se identifica con ese género, ya que suele aceptar su cuerpo y género, aunque disfruta de expresar su doble identidad (OMS, Guía del usuario. El índice de estigma de personas que viven con VIH., 2008). El concepto “mujeres transgénero”, se refiere a personas que nacieron con sexo biológico masculino, y que durante su vida han realizado una transición hacia el género femenino. El movimiento Lésbico, Gay, Bisexual y Transexual (LGBT) internacional, señala que “mujer transgénero” es la persona que se siente mujer nacida en cuerpo de hombre. (Ergomen, 2008)

La población transgénero son aquellas personas “que ya viven en el rol de género al que realmente pertenecen, ya han pasado por una fase de auto aceptación, siguiendo con terapias psicológicas que tienen como objeto guiarlas a través del proceso” (Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa, 2011). Muchas MT no desean llegar a una reasignación genital debido a diversas cuestiones que van desde aspectos personales tales como, los vínculos en su red social, nivel socioeconómico, escolaridad, sistema de creencias, la dificultad de acceso a procedimientos quirúrgicos especializados, hasta las razones médicas. (ONUSIDA, Atención de la salud de personas travestis y transexuales, 2009)

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que, la población transgénero es uno de los grupos poblacionales más afectados por VIH/SIDA, ya que para 2012 tenía una prevalencia del 37% para este padecimiento. En México con base a los registros de pacientes transgénero atendidas en la Clínica Especializada Condesa (CEC) durante 2010, la prevalencia de VIH/SIDA fue del 51%. Al comprar la prevalencia de esta población con los demás grupos considerados como vulnerables, se observa una diferencia importante ya que la prevalencia de VIH en población adulta de 15-49 años fue de

0.38%, en HSH del 17%, en hombres TS 18.2%, personas UDI 5.8% y mujeres transgénero 20% (Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa, 2013).

Con el objetivo de detectar los factores que influyen en la vulnerabilidad de las MT para desarrollar VIH/SIDA en el periodo abril 2011 – febrero 2012, se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional de MT mayores de 18 años atendidas en el servicio de Consejería de la CEC del Distrito Federal, mediante el análisis secundario de la base de datos generada por esta área clínica y otorgada por las autoridades directivas de la CEC.

Después de aplicar los criterios de inclusión se integró una muestra de estudio de 185 pacientes MT atendidas CEC, de las cuales el 21.62% resultaron seropositivas a VIH. Se obtuvo una tasa de respuesta promedio del 84.6% en un rango de 24-100%. En pacientes MT seronegativas el 15% de las han presentado rechazo en la familia, 54% en la escuela, 58% en instituciones de trabajo, el 23% ha sufrido violencia sexual. El 66% de las MT tiene conocimiento sobre organizaciones que defienden los derechos humanos; aunque menos del 5% de las MT sufrieron discriminación presentaron alguna queja. De todas ellas el 13% reportó haberse realizado la prueba diagnóstica de VIH/SIDA por indicación médica. En el rubro prácticas de riesgo, se observó que el 84% practican sexo con hombres y el 71% de ellas realiza prácticas anales y orales, 32% reportó usar condón con sus parejas estables, 45% utiliza condón con sus parejas no estables, y el 84% reportó consumo de drogas (orales, inhaladas y/o inyectables) en los últimos 12 meses.

En las pacientes MT seropositivas se identificó que el 36% hablan lengua indígena, en promedio el 52% no utiliza condón al realizar prácticas sexuales con parejas estables y 46% no lo utiliza con parejas no estables, el 84% consumió drogas (tomadas, inhaladas o inyectables) 12 meses previo al llenado del cuestionario en el Servicio de Consejería de la CEC, el 28% sufrió rechazo y/o discriminación al solicitar empleo o bien en su área laboral y el 24% refirió haber sufrido violencia sexual.

En el presente estudio se observó que los factores que más influyen en la vulnerabilidad de las MT atendidas en el Servicio de Consejería de la CEC para desarrollar VIH son: *uso de sustancias (drogas inhaladas, orales, inyectadas y alcohol), inicio de relaciones a partir de los 15 años o menos, el “no” uso de condón en las relaciones sexuales, baja escolaridad.* Así mismo las MT tienen más riesgo de presentar VIH cuando estas tienen antecedentes de ITS, trabajo sexual como ocupación, relaciones sexuales con parejas no estables, discriminación en el trabajo, discriminación en la familia, violencia sexual, habla de lengua indígena y relaciones sexuales con parejas no estables.

Introducción. Según el reporte de las Naciones Unidas sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA) hasta el 2012 se tenían registradas 35.3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo, de estos 2.3 millones se infectaron durante ese año y 1.6 millones perdieron la vida a causa de este padecimiento (ONUSIDA/OMS, 2013). Durante el 2012 en México se registraron 225 000 personas de todas las edades viviendo con VIH (77% hombres y 23% mujeres), ocupando el segundo lugar en América Latina en cuanto al número de infecciones después de Brasil, sin embargo en prevalencia de VIH ocupaba el lugar 17 (Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA, 2013). Al igual que la mayoría de las enfermedades infecciosas el VIH/SIDA se encuentra en un periodo de transición epidemiológica, en donde el comportamiento biológico del mismo padecimiento y la vulnerabilidad de los grupos poblacionales ante él también se están modificando.

En el 2011 ONUSIDA reportó que la prevalencia del VIH/SIDA en población adulta en América Latina era de 0.5% y en México de 0.3%, pero en los grupos más expuestos como: población trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores sexuales (TS) y personas usuarias de drogas intravenosas (UDI); la prevalencia era más elevada (ONUSIDA, UNGASS América Latina, avance de resumen , 2011). En la investigación efectuada en el 2006 en Tijuana, México se registró que mujeres TS se tenía una prevalencia de VIH del

6%, en mujeres TS UDI del 12% y en mujeres embarazadas UDI o cuyas parejas usaban drogas del 6% (Magis, Prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales y mujeres embarazadas. Tijuana y Ciudad Juárez, 2006). En el reporte emitido en 2012 por países de América Latina se observó que en poblaciones trans se reportó una prevalencia de VIH/SIDA del 34%, en HSH puede llegar a 20.3%, en TS femeninas la prevalencia más alta es del 4.9%, en TS masculinos la prevalencia alcanza hasta el 28% y en UDI es del 5% (ONUSIDA, Global AIDS Response progress reporting, 2012).

Durante el 2002 en CENSIDA se realizó una estimación de la población transgénero del Distrito Federal, dando como resultado que 1 de cada 1 500 hombres son MT (Lynn-Conway, 2002). En el 2007 en base a las estimaciones realizadas por Rodolfo y Abril Alcaraz existían entre 83 000 – 121 000 personas transgénero y 569 hombres y mujeres transexuales viviendo en el Distrito Federal (Alcaraz, 2008). Con base en esta relación, en el 2010 se planteó una población nacional de personas transgénero entre los 18-60 años y de estas se estimó un total de 30 039 MT; con una prevalencia de VIH/SIDA del 20%, lo que equivalía a 6 008 MT viviendo con VIH/SIDA (Magis, Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA., 2010). Con el reporte estadístico acumulado emitido por la CEC a finales del 2010, el 51.6% de las MT atendidas en sus instalaciones habían desarrollado esta patología, (Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa, 2012) por tanto ante esta problemática se decidió realizar el presente estudio, con el objetivo de detectar los factores que influyen en la vulnerabilidad de las MT para desarrollar VIH/SIDA, atendidas en la CEC durante el periodo abril 2011-febrero 2012.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional de la población MT atendida en el Servicio de Consejería de la CEC del Distrito Federal, mediante el análisis secundario de la base de datos generada. El universo del estudio fue la totalidad de MT atendidas que se encontraban registradas en la base de datos en el periodo abril 2011- febrero 2012. Los

criterios de inclusión fueron: 1) pacientes que se identifican como MT, 2) mayores de 18 años de edad, 3) con resultado positivo o negativo confirmatorio de Western blot (WB). Los criterios de exclusión: 1) pacientes con información no plausible. Todos los datos personales de las pacientes fueron omitidos del análisis de información, como protección de los derechos y bienestar de los sujetos.

La base de datos otorgada se obtuvo en formato .xls, de la cual se seleccionaron sólo los registros que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. Con el apoyo del programa Excel (versión 2007) se inició con un análisis univariado de los 185 registros de pacientes obtenidos después de la limpieza de la base, en este análisis se incluyeron las variables de los siguientes apartados: antecedentes sociodemográficos, médicos, uso de drogas, prácticas sexuales, discriminación y sospecha diagnóstica de VIH/SIDA.

Posteriormente se realizó un análisis univariado sólo de las pacientes transgénero con resultado positivo a la prueba de WB y negativo con la finalidad de identificar prácticas de riesgo y características distintivas de esta población.

Se efectuó el análisis bivariado, en donde se aplicó la prueba de Chi-cuadrada con el propósito de identificar diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables en función del resultado de la prueba confirmatoria de VIH/SIDA; en este análisis no se consideraron aquellas variables que tuvieran frecuencias esperadas menores o iguales a cinco.

Para la propuesta de construcción de la *vulnerabilidad* se utilizaron dos metodologías:

1. Primeramente se revisó la metodología planteada en el estudio cualitativo denominado “Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle”, (Social, 2011) la cual contempla a la vulnerabilidad con la suma de tres categorías de variables: 1. Sexualidad, afectividad y consumo de

sustancias psicoactivas, 2. Género/identidad sexual y 3. Institucional/recursos/programas. Se hizo un primer ejercicio donde se agruparon las variables de este estudio en las 3 categorías correspondientes, que según la literatura, representan un factor de riesgo para VIH. A cada sujeto que reportó haber estado expuesto a tales variables, se le asignó un punto por cada una y, posteriormente, se estimó la proporción de *vulnerabilidad* por cada categoría, así como la general.

- Se realizó un análisis bivariado, tomando como variable dependiente a la población MT VIH positiva y variables independientes: trabajo sexual, escolaridad baja, antecedente de ITS, inicio de relaciones sexuales igual o menor a 15 años, relaciones sexuales con parejas no estables, no uso de condón en relaciones sexuales, uso de sustancias, discriminación familiar, discriminación en el trabajo y violencia sexual. Con la finalidad de determinar la razón de momios y con ello identificar que variables tienen un resultado de OR mayor. Con aquellas que resultaron con OR mayor, se formó la variable vulnerabilidad (Tabla) 1.

Tabla 1. Valor de OR al realizar la razón de momios teniendo como la variable dependiente a las MT positivas a VIH.

<i>Variable</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>
Trabajo sexual	0.92	0.38 – 2.19
Escolaridad baja	2.66	1.15 – 6.19
Antecedentes de ITS	1.76	0.87 – 3.57
*Inicio de relaciones sexuales < ó = 15 años	3.95	1.87 – 8.36
Relaciones sexuales con parejas no estables	1.19	0.5 – 2.6
*No uso de condón en relaciones sexuales	3.90	1.78 – 8.58
*Uso de sustancias	9.84	3.87 – 24.96
Discriminación familiar	1.42	0.52 – 3.91
Discriminación en el trabajo	1.36	0.63 – 2.89
Violencia Sexual	1.24	0.56 - 2.73

*Variables con valor de OR mayor a 1

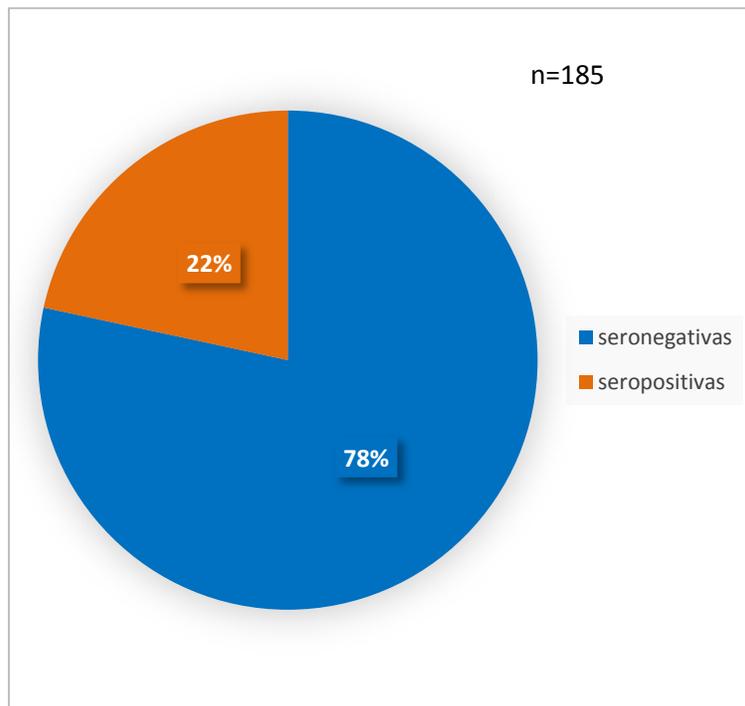
Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011- febrero 2012

Con esta metodología propuesta, la variable vulnerabilidad se conformó con las siguientes variables: uso de sustancias, no uso de condón e inicio de relaciones sexuales < ó = a 15 años.

Posterior a la obtención de la variable vulnerabilidad se procedió a realizar un análisis bivariado, tomando como variable dependiente la vulnerabilidad y variables independientes: VIH positivo, trabajo sexual, escolaridad baja, antecedentes de ITS, parejas no estables, discriminación en el trabajo, discriminación familiar, violencia sexual, afiliación, lengua indígena, edad < ó = 30 años y soltera como estado civil. Con la finalidad de determinar la razón de momios y con ello identificar que variables de este estudio tienen un resultado de OR mayor.

Resultados. Después de aplicar los criterios de inclusión, la muestra de estudio fue de 185 pacientes MT atendidas en la CEC en el periodo abril 2011- febrero 2012, con una prevalencia de VIH en MT del 21.62% aplicando la prueba confirmatoria WB. Gráfico 1

Gráfico 1. Positividad de mujeres transgénero a VIH/SIDA atendidas en la CEC, 2011-2012.



Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012

Pacientes seronegativas. Del total de la población estudiada se obtuvo la mediana en la edad de esta población fue de 25 años, así mismo la mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 15 años. De acuerdo a los registros el 92% de las pacientes MT son solteras y el 35% refieren escolaridad menor a nivel medio superior, el 21% de ellas refirió dedicarse al trabajo sexual (Tabla 2).

El 34% de pacientes MT refirió hablar una lengua indígena, el 28% contaba con afiliación a servicio médico (predominantemente Seguro Popular), el 48% ha acudido a la marcha LGBT.

Tabla 2. Características sociodemográficas de mujeres transgénero, CEC 2011-2012

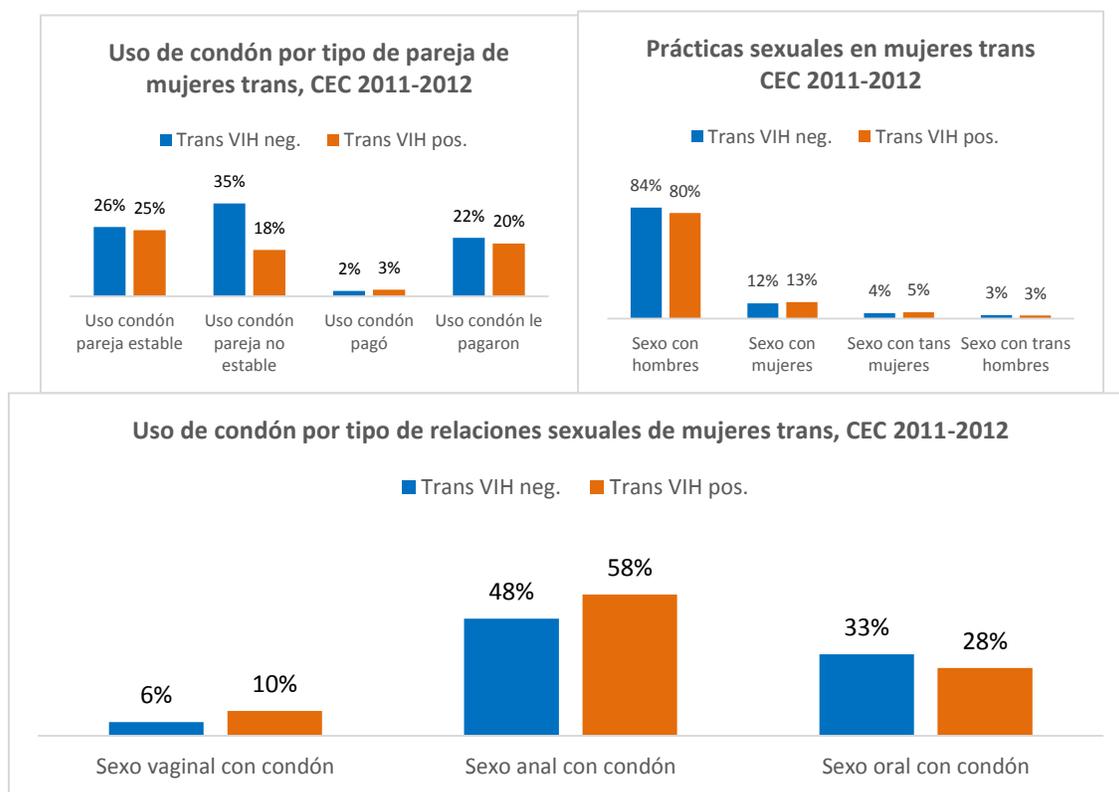
		Trans VIH/SIDA (-)	Trans VIH/SIDA (+)	Porcentaje de Respuesta	Valor <i>p</i>
Estado civil	% (n)				
	Soltero	92% (110)	100% (32)	82%	0.52
	Casado	2% (2)	0% (0)		
	Viudo	3% (3)	0% (0)		
	Divorciado	3% (3)	0% (0)		
	Unión libre	2% (2)	0% (0)		
Escolaridad	% (n)				
	Primaria incompleta	23% (59)	23% (18)	82%	0.37
	Secundaria completa	6% (15)	10% (8)		
	Primaria completa	3% (7)	6% (5)		
	Carrera técnica completa	1% (2)	3% (2)		
	Carrera profesional incompleta	1% (3)	3% (2)		
	Secundaria incompleta	2% (6)	1% (1)		
	Preparatoria completa	1% (3)	1% (1)		
	Preparatoria incompleta	3% (7)	0% (0)		
	Carrera técnica incompleta	1% (3)	0% (0)		
	Carrera profesional completa	1% (2)	0% (0)		
	Posgrado	0% (1)	0% (0)		
	No sé	2% (6)	0% (0)		
Ocupación	% (n)				
	Trabajo sexual/prostitución	21% (31)	20% (8)	100%	0.11
	Trabajador sin pago	6% (8)	13% (5)		
	Oficinista/empleado	1% (2)	8% (3)		
	Policía/ejército/seguridad	5% (7)	8% (3)		
	Desempleado/busco trabajo	5% (7)	8% (3)		
	Otra	62% (90)	45% (18)		

Valor *p*: Prueba de Chi Cuadrada

Se reporta que el 15% de las MT han presentado rechazo en la familia, 54% en la escuela, 58% en instituciones de trabajo, el 23% ha sufrido violencia sexual. El 66% de las MT tiene conocimiento sobre organizaciones que defienden los derechos humanos; aunque menos del 5% de las MT que sufrieron discriminación presentaron alguna queja. De todas ellas el 13% reportó haberse realizado la prueba diagnóstica de VIH/SIDA por indicación médica.

En las prácticas de riesgo, del total de pacientes estudiadas se observó que el 84% practican sexo con hombres y el 71% de ellas realiza prácticas anales y orales, 32% reportó usar condón con sus parejas estables, 45% utiliza condón con sus parejas no estables, y el 84% reportó consumo de drogas (orales, inhaladas y/o inyectables) en los últimos 12 meses (Gráfico 2).

Gráfico 2. Prácticas de riesgo en mujeres transgénero atendidas en la CEC, 2011-2012.

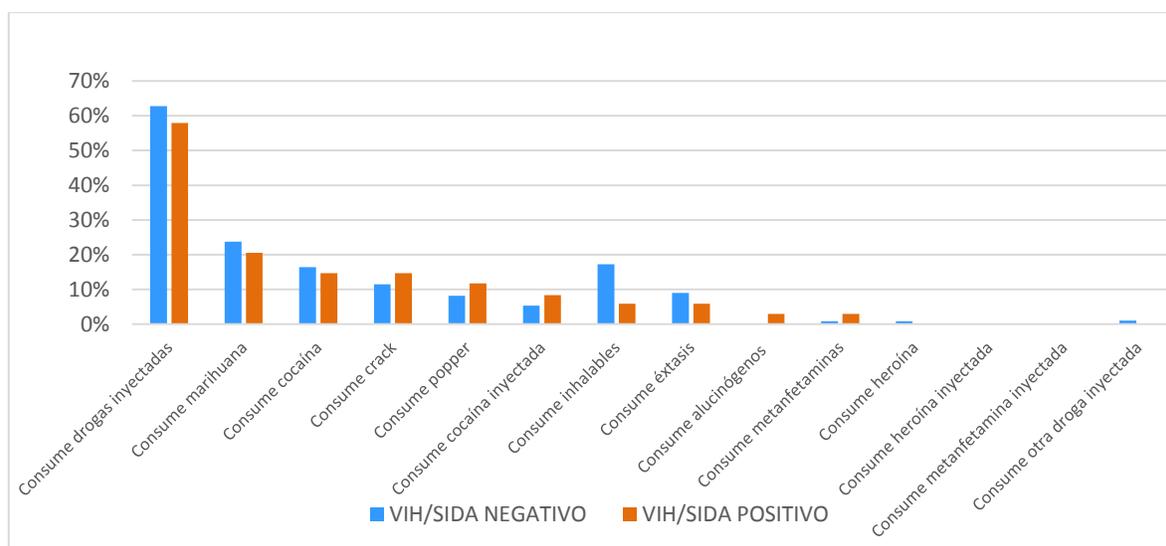


Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012

Pacientes seropositivas. En la población de MT seropositivas, se observó que la mediana en la edad de esta población es de 30 años, y al igual que la población seronegativa la edad de inicio de actividad sexual fue de 15 años. De acuerdo con los registros el 100% de estas MT son solteras y el 40% tienen escolaridad menor a nivel medio superior, el 20% de ellas refirió dedicarse al trabajo sexual.

El 45% de las pacientes MT refirió hablar una lengua indígena, el 18% contaba con afiliación a servicio médico (predominantemente Seguro Popular), el 25% ha acudido a la marcha LGBT, el 30% reportó usar condón con sus parejas estables, 21% utiliza condón con sus parejas no estables, el 85% reporta consumo de drogas en los últimos 12 meses (Gráfico 3).

Gráfico 3. Uso de drogas en mujeres transgénero atendidas en la CEC, 2011-2012.



Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012

En el apartado de discriminación se observa que el 20% ha presentado rechazo en la familia, 58% en la escuela, 68% en instituciones de trabajo, el 28% ha sufrido violencia sexual y el 58% tiene conocimiento sobre organizaciones que defienden los derechos humanos; aunque menos del 5% de las mujeres que sufrieron discriminación presentaron alguna queja. De todas ellas el 29% reportó que se realiza la prueba diagnóstica de VIH/SIDA porque un médico se lo solicitó.

Al comparar ambas poblaciones (seropositivas y seronegativas) se observa que la proporción de tasa de respuesta en ambas poblaciones es similar en la mayoría

de los ítems, así mismo se aprecia que sólo se obtuvo valor significativo de p en las variables de uso de condón con parejas no estables y en la realización previa de prueba diagnóstica de VIH (Tabla 3 y 4).

Tabla 3. Comparación de respuestas afirmativas en pacientes transgénero negativas y positivas atendidas en la CEC en el periodo 2011-2012

Variables Estudiadas	n=185	Trans VIH/SIDA(-)	Trans VIH/SIDA (+)	Porcentaje de Respuesta	Valor p
Lengua Indígena		34%(49)	45%(18)	99%	0.21
Afiliación		28%(40)	18%(7)	100%	0.20
Infecciones de transmisión sexual		54%(63)	72%(23)	80%	0.08
Atención médica en últimos 12 meses		37%(54)	28%(11)	100%	0.25
Ha tenido relaciones sexuales		99%(143)	98%(39)	100%	0.62
Marcha *LGBT		48%(70)	25%(10)	100%	0.01
Pareja sexual en los últimos 6 meses		76%(109)	69%(25)	97%	0.40
Uso condón pareja estable		32%(35)	30%(10)	77%	0.85
Uso condón pareja no estable		45%(49)	21%(7)	77%	0.01
Uso condón con parejas que le pagaron		27%(29)	24%(8)	77%	0.79
Usó condón última vez sexo oral		42%(36)	41%(9)	58%	0.90
Usó condón última vez sexo anal		54%(63)	65%(20)	64%	0.58
Sexo con lubricante última relación sexual		52%(60)	57%(20)	81%	0.61
Vive con pareja estable		34%(39)	28%(9)	80%	0.56
Consumo de sustancias últimos 12 meses		84%(122)	85%(34)	100%	0.89
Rechazo en el trabajo		58%(38)	68%(13)	46%	0.40
Rechazo en la familia		15%(16)	20%(6)	74%	0.51
Rechazo en la escuela		54%(36)	58%(15)	50%	0.73
Sabe de instituciones sobre derechos		66%(95)	58%(23)	100%	0.35
Sabe que los ARV son gratis		63%(92)	70%(28)	100%	0.44
Sabe sobre centros de atención de VIH/SIDA		50%(71)	60%(24)	98%	0.32
Ha sufrido violencia sexual		23%(34)	28%(11)	100%	0.60
Ha sufrido violencia sexual pene-ano		74%(25)	55%(6)	24%	0.24
Se ha realizado antes la prueba de VIH/SIDA		60%(84)	78%(31)	97%	0.04
Consejería previa		64%(53)	52%(16)	62%	0.23

*LGBT: Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual

Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012

mediana de edad que resultó menor en las pacientes negativas (25 vs 30).

Con la finalidad de poder dar una respuesta al objetivo principal de esta investigación, se efectuaron dos propuestas para el análisis de vulnerabilidad en las MT atendidas por el Servicio de Consejería de la CEC. Para la primer metodología propuesta, nos basamos en el documento “Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle”, en donde las variables del estudio se agruparon en tres categorías: 1. Sexualidad, 2. Afectividad y Consumo de sustancias psicoactivas, 3. Género/Identidad Sexual e Institucional/Recursos/Programas.

Para conformar las tres categorías antes mencionadas, primeramente se seleccionaron y se optó por incluir las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, lengua, afiliación, diagnóstico de tuberculosis, ITS, inicio de relaciones sexuales, orientación sexual, sexo sin condón, uso de sustancias, uso de agujas usadas, parejas inestables, parejas seropositivas, discriminación en el trabajo, discriminación familiar, discriminación en la escuela, discriminación en los servicios de salud, violencia sexual, pruebas diagnósticas previas y resultado positivo a prueba de WB. En los resultados se observó que toda la población de MT de la CEC incluidas en esta investigación presentaban vulnerabilidad a VIH en diferentes grados, en un rango que abarcaba valores entre el 40 al 100%.

Así mismo se generó una segunda propuesta para el análisis de vulnerabilidad a VIH/SIDA en MT de la CEC. Para ello se optó por construir la variable “vulnerabilidad” a través de la identificación de las variables con mayor puntaje de OR al realizar el análisis bivariado teniendo como variable dependiente “pacientes seropositivas” y como independientes aquellas que englobaban los siguientes grupos: inicio de vida sexual igual o menor a 15 años de edad, escolaridad baja, TS como ocupación, relaciones sexuales con parejas no estables, el no uso de condón, antecedentes de ITS, discriminación en la familia o trabajo, violencia

sexual y uso de sustancias. Al efectuar este análisis se observó que las variables que tuvieron el valor de OR más alto fueron: Uso de sustancias, Inicio de vida sexual =>15 años de edad, el no uso de condón en las prácticas sexuales y escolaridad, baja considerada como tal aquella igual o menor a secundaria terminada (Tabla 5). Fue con estas que se construyó la variable “vulnerabilidad”.

Tabla 5. Valor de OR al realizar la razón de momios teniendo como la variable dependiente a la variable “pacientes seropositivas”.

<i>Variable</i>	<i>OR</i>
Trabajo Sexual	0.91
Escolaridad baja	2.66
Antecedentes de ITS	1.76
Inicio de relaciones sexuales > ó = a 15 años de edad	3.95
Relaciones Sexuales con parejas no estables	1.19
No uso de condón	3.90
Uso de sustancias (V.O., inhaladas, I.V.)	9.83
Discriminación familiar	1.42
Discriminación en el trabajo	1.35
Violencia Sexual	1.23

Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012

Una vez construida la variable vulnerabilidad, se realizó un análisis bivariado utilizando a esta como variable dependiente, con la finalidad de obtener el OR de las siguientes variables: VIH positivo, trabajo sexual, escolaridad baja, antecedentes de ITS, parejas no estables, discriminación en el trabajo, discriminación familiar, violencia sexual, afiliación, lengua indígena, edad < ó = 30 años y soltera como estado civil.

Se observó que el 83% de las variables estudiadas presentan un valor de OR mayor a uno, mismas que a continuación se presentan. Así mismo se identificó que el tener afiliación a un servicio médico puede considerarse como un factor protector. Aunque la variable de escolaridad baja tiene valor menor a 1, el rango de la misma atraviesa la unidad, por lo que no se considera un resultado confiable de protección (Tabla 6).

Tabla 6. Valor de OR al realizar la razón de momios teniendo como la variable dependiente a la variable “vulnerabilidad”.

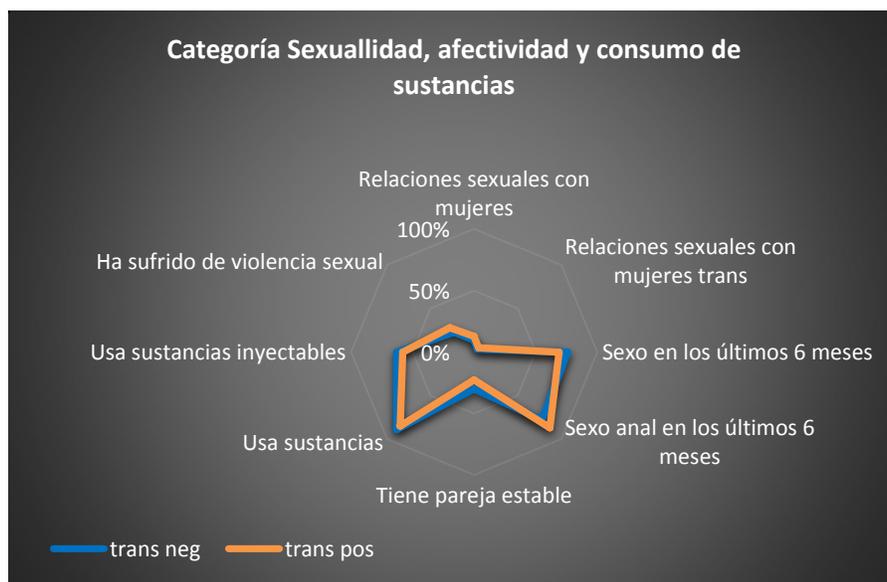
<i>Variable</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>
VIH positivo	1.43	0.70 – 2.96
Trabajo Sexual	1.32	0.63 – 2.74
Escolaridad baja	0.91	0.48 – 1.72
Antecedente de ITS	1.83	0.99 – 3.39
Parejas no estables	1.74	0.94 – 3.24
Discriminación en el trabajo	1.37	0.72 – 2.61
Rechazo familiar	1.78	0.72 – 4.38
Violencia sexual	1.65	0.82 – 3.29
*Afilación	0.45	0.21 – 0.97
Lengua indígena	1.17	0.62 – 2.21
Edad >ó= 30 años	1.62	0.84 – 3.12
Soltera como estado civil	1.40	0.66 – 2.97

*Variables con valor de OR menor a 1 y que el intervalo de confianza no atraviesa la unidad

Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC/ el periodo abril 2011-febrero 2012

Por otra parte en las pacientes MT positivas a VIH se observó: mayor frecuencia de sexo anal en los últimos seis meses, violencia sexual; diagnóstico de tuberculosis, diagnóstico de ITS, realización previa de prueba para detección de VIH, escolaridad de primaria o menor y rechazo familiar, en la escuela y en el trabajo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Categorías de la variable “vulnerabilidad”





Fuente: Base de datos del Servicio de Consejería de la CEC (abril 2011-febrero 2012)

Discusión. En nuestro país así como en América Latina la infección de VIH/SIDA se presentan principalmente en grupos poblacionales vulnerables, como la población transgénero, y se transmite principalmente por comportamientos sexuales de riesgo, tales como: tener múltiples parejas sexuales, antecedentes de ITS, tener una pareja sexual con historia sexual desconocida, uso de drogas y/o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual, tener una pareja que se droga de forma intravenosa, tener relaciones sexuales homo o heterosexuales de forma promiscua, sexo anal y tener relaciones sexuales sin protección con pareja(as) desconocida(as) (OMS, Centro de prensa. VIH/SIDA, 2013). De acuerdo con estudios realizados en México como la ENSANUT 2012, el uso de condón para la gran mayoría de los grupos de edad, es predominante en la primera relación sexual en comparación con la última relación sexual (INSP, 2012).

La tasa de respuesta obtenida de este análisis, en promedio fue del 84.6% y, misma proporción reportada en la encuesta de seroprevalencia en MT realizada en noviembre del 2012 (A Colchero, Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH, 2012). Así mismo la mediana de la edad en las

MT seropositivas fue de 30 años y de las mujeres negativas a VIH/SIDA de 25 años; donde 86% de las pacientes atendidas en la CEC son del Distrito Federal o bien del área conurbada.

La metodología para generar el cálculo de la prevalencia de cualquier padecimiento en MT es bien conocida. Sin embargo por la distribución que tiene esta población en el país, misma que se concentra en las áreas metropolitanas dificulta conocer el número total de MT a lo largo de la República Mexicana y por ello generar la estimación de la prevalencia de VIH/SIDA u otros padecimientos en MT se dificulta. Cabe recordar que las MT son un grupo poblacional heterogéneo que se concentra principalmente en las áreas metropolitanas del país y del cual no se cuenta con un sistema de información nacional que recabe datos de forma periódica y estandarizada. En este estudio se obtuvo una prevalencia del 21.62% a VIH/SIDA, en MT atendidas en el Servicio de Consejería de la CEC en el periodo abril 2011 – febrero 2012 en el Distrito Federal, del 22%. Sin embargo cabe recordar que las MT incluidas en este estudio son una población cautiva de la CEC, ya que es una clínica de concentración para pacientes con VIH/SIDA y es la única del país con atención integral especializada para personas transgénero. Así mismo esta prevalencia se obtuvo únicamente de las MT que acudieron al Servicio de Consejería de la CEC y que se les tomó la prueba confirmatoria para identificación de VIH/SIDA; es decir, que no se encuentran incluidas a todas aquellas MT atendidas en la CEC y que aunque contaban un resultado positivo a VIH/SIDA, no fueron registradas en el Servicio de Consejería de la CEC.

Del total de pacientes atendidas en el CEC, el 62% (115) se habían realizado la prueba de VIH anteriormente, principalmente por un trámite de viaje exterior y/o por trámites escolares, lo que refleja la importancia de realizar promoción de la salud a éste tipo de pacientes, ya que muy pocas asistieron por consejería médica.

Aunque en la base otorgada por la CEC, se cuenta con variables sociodemográficas, la tasa de respuesta para estas variables fue por debajo del 40%, por lo que el resultado del análisis de las mismas es poco confiable y no se incluye en este documento. Sin embargo es importante mencionar que en varios estudios, como el generado en Colombia por Tovar y Arrivillaga, se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de VIH/SIDA en MT y los determinantes sociales estructurales, tales como: la infraestructura sanitaria, la calidad de las viviendas, la educación y el acceso a los servicios de atención en salud (Luis Miguel Tovar-Cuevas, 2011). Los determinantes sociales de la salud pueden aumentar las conductas de riesgo de VIH/SIDA. Destacan entre ellos la pobreza, la escasa educación, el desempleo, la falta de documentos y seguro médico, las barreras lingüísticas y el acceso limitado a la atención médica (Américas, Iniciativa de Salud en las, 2012).

La población transgénero estudiada reporta niveles de escolaridad mixto con un predominio del 45% en el nivel de primaria incompleta, similar a lo reportado por Hessling Matías que fue de 43% (Hessling, Matías, 2004). Así mismo es mayor el uso de drogas inyectables en MT con un grado de escolaridad igual o menor a nivel básico; lo cual empata con las proporciones de uso de sustancias reportadas en el estudio de Colchero y Rubí, donde las pacientes MT con baja escolaridad utilizaban regularmente sustancias tóxicas (A Colchero, Principales resultados de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México, 2013). De acuerdo con el estudio de estigma y discriminación realizado en Chile, el 85% de las MT se encontraban en un nivel socioeconómico medio a medio bajo, a diferencia del 15% de HSH que se encontraban en este nivel; a su vez la población trans tenía un nivel educativo inferior a los HSH, ambas variables estudiadas ponían a esta población en posiciones más desfavorables no sólo en relación a los HSH, sino también con la demás población vulnerable a VIH/SIDA (Morales Marcela, 2012). Así mismo en los resultados arrojados en la prueba piloto de la Encuesta sobre población Trans 2012 realizada en Argentina, se observó que casi el 85% de las encuestadas manifestó haber vivido discriminación

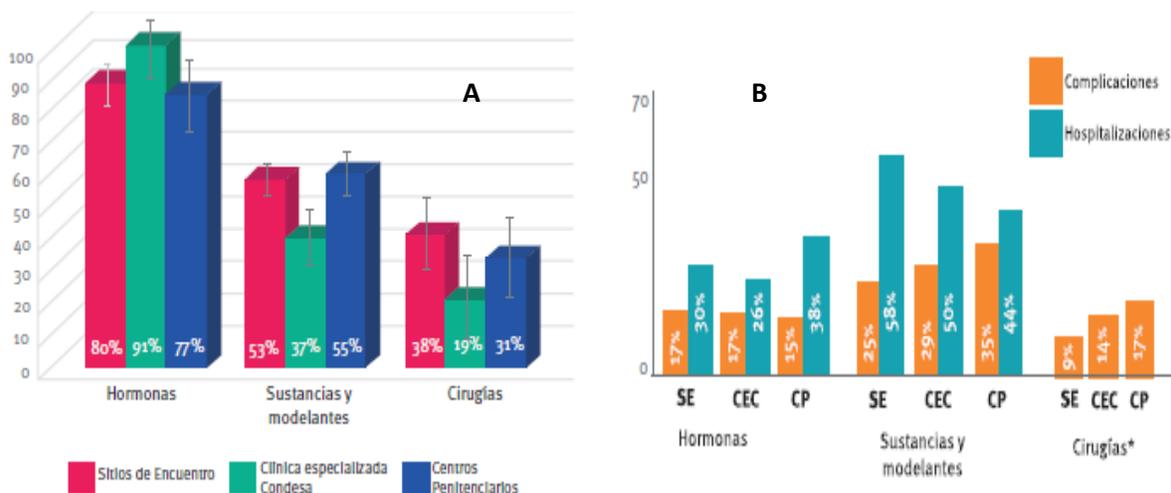
por personas desconocidas en una vía pública y el 63% por vecinos (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, 2012). Ésta es una de las posibles razones por las cuales las pacientes MT optarán por trabajar en el ámbito sexual, aunque también hay pacientes que por su poca o nula preparación, no tienen otras opciones (Madera y Toro, 2003).

Los estudios efectuados en Estados Unidos y Europa sugieren cifras alarmantes, particularmente en el grupo de transgénero que trabajan en la industria del sexo. Los hallazgos de una investigación realizada en San Francisco indican que en un grupo de 392 MT, más de una tercera parte era VIH positiva. Esa misma cantidad de personas realizaba el trabajo sexual. En un estudio llevado a cabo en Atlanta se identificó que el 68% de 53 travestis que laboraban en la industria del sexo eran seropositivos. En California el 48% de los/as participantes transgénero de un estudio que se habían hecho la prueba dieron positivo a VIH/SIDA. En Roma, identificaron que el 86% de 22 transgénero que trabajaban en la industria sexual y eran usuarios/as de drogas, tenían el virus (Madera y Toro, 2003).

En México, en el Distrito Federal (A Colchero, Principales resultados de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México, 2013) encontraron una prevalencia del 64% de pacientes MT positivas a VIH/SIDA en el 2013, al integrar los resultados de la CEC, los sitios de reunión y encuentro y centros penitenciarios. Con base en este estudio la ocupación de la mayoría de las MT seropositivas son empleos informales en los que no reciben beneficios como seguro médico. Los empleos de quienes no laboraban en la industria sexual no eran especializados ni requerían preparación académica formal (obreros, trabajador sin pago, seguridad, quehaceres del hogar, vendedor en tienda). Según la información de (A Colchero, Principales resultados de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México, 2013) la CEC el 14% se dedican al trabajo sexual, porcentaje menor al encontrado en el presente estudio, el cual fue del 20%.

Se tiene documentado que la población de MT utilizan hormonas, otras sustancias para el moldeamiento corporal y gran parte de ellas se realiza intervenciones quirúrgicas para mejoramiento de estética y acercamiento al prototipo femenino físico. En la encuesta de salud con seroprevalencia (SE) realizada en 2012, se reportó que las MT entrevistadas en sitios de encuentro han utilizado en un 53% aceites, colágenos, polímeros o modelantes; 37% en CEC y 55% en centros penitenciarios. El 24% de la MT que utilizaron modelantes en los sitios de encuentro reporta haber tenido alguna complicación y de éstas 58% requirieron hospitalización; en CEC el 29% reporta complicaciones y 50% requirieron hospitalización y estos porcentajes fueron 35% y 44% en centros penitenciarios respectivamente (A Colchero, Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH, 2012) (Gráfico 5). El cuestionario aplicado en el Servicio de Consejería de la CEC no cuenta con un apartado de uso de hormonales o modelantes corporales, por ello que en este estudio no presentamos resultados sobre esta temática.

Gráfico 5. A. Procesos de transformación sexogénica en mujeres transgénero. B. Complicaciones y hospitalizaciones derivadas de las transformaciones.



Fuente: Principales resultados de la encuesta de salud con seroprevalencia de VIH/SIDA a mujeres transgénero en la Ciudad de México 2012. A. colchero INSP. Principales resultados de la encuesta de salud con seroprevalencia de VIH

La necesidad de adquirir los insumos para moldear su cuerpo y los medicamentos ATRV en pacientes seropositivas, así como la baja escolaridad, contribuyen a que las MT realicen trabajo sexual, e incluso a realizar prácticas que rompen los límites establecidos por la comunidad de trabajadoras sexuales del sexo femenino; generando aún más vulnerabilidad en esta población para contraer el VIH/SIDA. El Proyecto Transgénero de Ángela Tibaduiza, menciona que los niveles de vulnerabilidad son más elevados en personas transgénero dado que están inmersos en la prostitución (Tibaduiza, Vulnerabilidad al VIH/SIDA en personas transgénero en Colombia, 2013). De la población en estudio, una de cada diez MT indicó que se dedica al trabajo sexual.

Las prácticas de alto riesgo como las relaciones sexuales sin uso de condón y el compartir materiales cuando se usan drogas inyectables pueden elevar el grado de exposición a la infección por VIH (Magis, A new approach HIV/AIDS surveillance: the mexican experience, 2004). En un proyecto realizado en el 2003, se observó que las MT están en alto riesgo de contagio con el VIH/SIDA y se identificaron los factores que les vulnerabilizan para contraer esta infección, en dicho estudio se resaltó la forma en que se construyen socialmente las identidades de género, las actividades sexuales en las que se involucran, la pobreza, las pocas redes de apoyo social, los obstáculos en el acceso a los servicios sociales, entre otros (Rodríguez y Toro, 2003). Los factores identificados en esta investigación son similares a los mencionados en el ejecutado por Rodríguez y Toro en el 2003. En el presente estudio se observó que las MT que tienen mayor riesgo de presentar VIH son aquellas que refieren: *uso de sustancias (drogas inhaladas, orales o intravenosas y alcohol), inicio de relaciones a partir de los 15 años o menos, el “no” uso de condón en las relaciones sexuales, baja escolaridad principalmente*. Seguidas de las MT con antecedentes de ITS, discriminación familiar, discriminación en el trabajo, violencia sexual y relaciones sexuales con parejas no estables.

Así mismo con base en los resultados obtenidos en este proyecto se observa que las MT de la CEC son más vulnerables a VIH cuando son menores o iguales a 30

años, presentan antecedentes de ITS, trabajo sexual como ocupación, relaciones sexuales con parejas no estables, discriminación en el trabajo, discriminación en la familia, violencia sexual, habla de lengua indígena y relaciones sexuales con parejas no estables.

Ante la necesidad de conocer la vulnerabilidad de las MT ante el VIH/SIDA, el Ministerio de Protección Social de Colombia en el 2011 propuso y aplicó la construcción de la variable “vulnerabilidad” mediante la unificación de tres categorías: 1. Sexualidad, afectividad y consumo de sustancias psicoactivas, 2. Género/identidad sexual y 3. Institucional/recursos/programas. Categorías similares a las que se aplicaron para la primera propuesta de la creación de la variable “vulnerabilidad” del presente estudio. La información obtenida resulta importante para el diseño y desarrollo de esfuerzos preventivos para el VIH con esta población (Social, 2011). Como se comentó con anterioridad las MT por pertenecer a este grupo poblacional son consideradas vulnerables, ya que enfrentan niveles muy altos de marginación, violencia, estigma y discriminación (Tibaduiza, Vulnerabilidad al VIH/Sida en personas transgénero en Colombia, 2013).

Las diferencias encontradas entre la población seropositiva y seronegativa no fueron estadísticamente significativas, pero con el análisis realizado fue posible describir las características de las MT que acudieron al servicio de consejería de la CEC. Es importante considerar que la población aunque pequeña, proporcionó información sobre las principales prácticas de riesgo de las MT atendidas en la CEC como: relaciones sexuales con parejas no estables, múltiples parejas sexuales, el “no” uso de condón y uso de sustancias tanto lícitas como ilícitas (drogas y alcohol); y aunque dentro de este estudio no se contó con información, el uso de modelantes corporales. De igual forma se debe considerar seguir explorando el total de la población transgénero que acude a la CEC ya sea ingresando por el Servicio de Consejería, la Clínica Trans, la consulta externa especializada (endocrinología, salud mental, infectología, dermatología, etc.), quienes acuden a los grupos de apoyo, pacientes transgénero privadas de la

libertad en centro penitenciarios y aquellas referidas al servicio de atención de pacientes violentadas sexualmente.

Es recomendable realizar codificaciones al cuestionario que se aplica en la CEC, con la finalidad de unificar criterios, periodos y hacer más sencillo el entendimiento de las preguntas a la población estudiada. Específicamente se recomienda la incorporación de preguntas sobre los procesos de transformación sexogénica como el uso de modelantes corporales, hormonales y cirugías estéticas. Así mismo es imprescindible tener personal capacitado que asesore y valide la información, que la analice periódicamente y presente informes estandarizados útiles para los tomadores de decisiones en salud pública de nuestro país, interesados en apoyar políticas públicas a favor de la población vulnerable a VIH/SIDA.

A pesar de que el análisis presentado, pretendió dar un acercamiento a la vulnerabilidad que tienen las MT para desarrollar VIH/SIDA; cabe recordar que el significado aplicativo de vulnerabilidad va más allá de un sinónimo de riesgo en un grupo poblacional. De acuerdo a Delort la vulnerabilidad se extrae de tres niveles de inteligibilidad a partir de una situación de vulnerabilidad social, los cuales son: el nivel trayectoria social, las interacciones y el contexto social. No puede etiquetarse a toda una población tendiente a contraer VIH/SIDA con el mismo nivel de vulnerabilidad, ya que esta última aunque tiene un contexto social, su análisis no puede ser grupal porque que esto provocaría que el individuo no fuese distinguible del grupo.

Es decir el nivel de vulnerabilidad es interindividual. En la nueva concepción de vulnerabilidad Francois Delort expone una matriz para su entendimiento, en donde en un componente vertical se encuentran la exposición, capacidad y potencialidad de un individuo y en el componente transversal están la trayectoria, interacción y el contexto. Al cruzarse estas, se pueden identificar si un individuo es igual o más vulnerable que otro, aunque forme parte del mismo grupo poblacional categorizado (Francois Delort, 2000).

En el 2005 Rhodes expone que la producción estructural del riesgo de VIH va más allá del riesgo individual, es decir que existe un ambiente de riesgo donde intervienen los siguientes componentes:

- Macro o estructural: Leyes, transiciones políticas y rutas de tráfico
- Meso o social: Policía, normas sociales y género, servicios de salud y territorio
- Micro o individual: comportamiento de riesgo, búsqueda de salud y comportamiento criminal (Rhodes, 2005).

Sin olvidar que de acuerdo a lo mencionado por María Lara en su libro publicado en el 2006 de la serie ángulos “Vivir muriendo”, uno de los aspectos más relevantes en la trayectoria del padecimiento VIH/SIDA es el temor a la estigmatización y experiencias de la misma. Ella observó que la estigmatización tiene un peso mayor que la enfermedad misma en la fase crónica, toda vez que el descrédito social acarrea la muerte social y sexual en la plenitud de la vida del paciente (Lara, 2006).

Se reconoce que dentro de las limitaciones de este proyecto se encuentran: la población descrita sólo engloba a las MT atendidas en el Servicio de Consejería de la CEC, por tanto el universo de estudio es pequeño y los resultados pueden extrapolarse exclusivamente a población que comparta estas mismas características; por tanto tiene validez interna pero no externa. Se realizó el análisis secundario, lo que limita la obtención de variables que pudieran explicar de mejor forma el objetivo de esta investigación. Las respuestas otorgadas por las MT en el instrumento auto aplicado en el Servicio de Consejería de la CEC, son susceptibles de sesgos, lo cual podría afectar a la confiabilidad de las mismas. El número de variables con buena tasa de respuesta en este estudio fueron adecuadas, sin embargo en la sección socio-demográfica, se observó una baja participación por parte de las MT; esto impidió realizar un análisis exhaustivo de los factores estructurales que afectan a esta población. La descripción realizada de los factores que hacen más vulnerables a VIH/SIDA a las MT de la CEC, es un acercamiento acotado, al análisis de las variables sustraídas de la base de datos

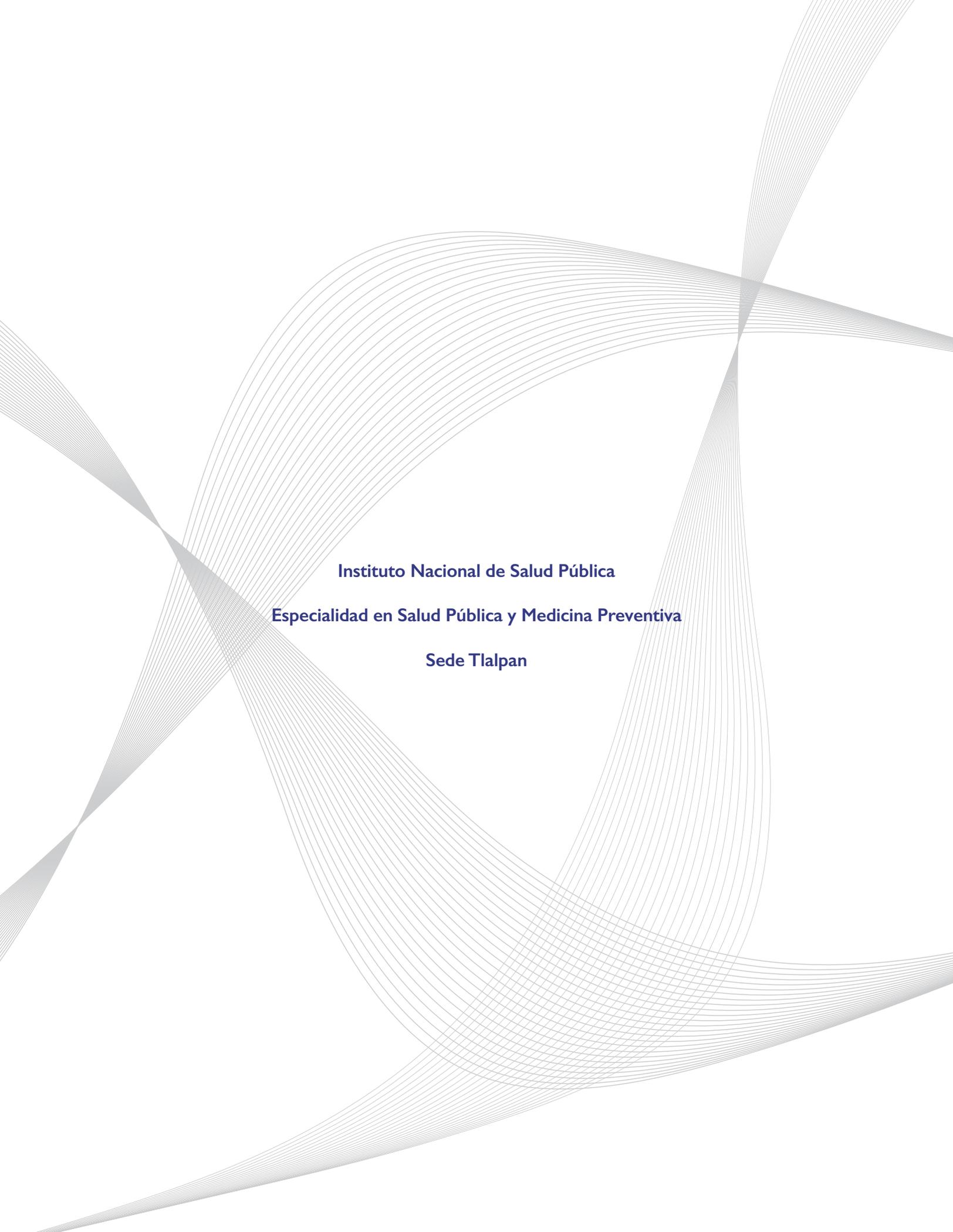
proporcionada. Lo mencionado anteriormente tiene como resultado que la visión plasmada en este proyecto sobre vulnerabilidad ante el VIH/SIDA en MT, no contemple todos los factores influyentes (estructurales, sociales, individuales, dinámica de transmisión); es más bien un primer, acercamiento a la problemática estudiada.

Referencias

- A Colchero, I. (2012). *Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH*. México: INSP.
- A Colchero, I. (Octubre de 2013). *Principales resultados de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Pública, otras publicaciones: <http://insp.mx/centros/evaluacion-y-encuestas/publicaciones/otras-publicaciones.html>
- Alcaraz, R.-A. (2008). El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género. En CONAPRED. Textos Caracol.
- Américas, Iniciativa de Salud en las. (octubre de 2012). *VIH/SIDA y los latinos en Estados Unidos*. Obtenido de http://mahrc.ucdavis.edu/documents/fact_sheets/HIV%20AIDS%20-%20Span.pdf
- Ergomen. (17 de octubre de 2008). *LGBTIQA*. Recuperado el 03 de 03 de 2014, de <http://ergomen.wordpress.com/2008/09/15/ley-de-identidad-de-genero/>
- Francois Delort, M. H. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social, Science and Medicine*, 1557-1570.
- Hessling, Matías. (2004). *Conociendo mejor a las personas travestis*. Coordinación Sida/ ONUSIDA.
- INSP, I. N. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. México: INSP.
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. (2012). *Primera Encuesta sobre Población Trans*. Argentina Matanza .
- Lamas, M. (2007). *UNAM curso 2007*. Obtenido de Grupo de Información en REproducción Elegida (GIRE): www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf
- Lara, R. M. (2006). *Vivir muriendo*. Veracruz: CENSIDA.
- Luis Miguel Tovar-Cuevas, M. A.-Q. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Revista en Gerencia y Políticas de Salud*, 113-123.
- Lynn-Conway. (2002). Estimated male to female transsexualism i n the United States. *Tijdschrift voor Genderstudies*.
- Madera y Toro, A. (2003). *La comunidad de la cual no hablamos: vulnerabilidad social, conductas de riesgo y VIH/Sida en la comunidad de Transgéneros en Puerto Rico*. Puerto Rico: Revista de Psicología de la salud.
- Magis, R. (2004). *A new approach HIV/AIDS surveillance: the mexican experience*. Bangkok.

- Magis, R. (2006). Prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales y mujeres embarazadas. Tijuana y Ciudad Juárez. *Urban Health*, 299-307.
- Magis, R. (2010). Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. En CENSIDA, *Serie Ángulos del SIDA* (pág. 47). México: CENSIDA.
- Morales Marcela, O. (2012). *Índice compuesto de estigma y discriminación hacia hombres y hoosexuales, otros HSH y mujeres transgénero en Chile*. Chile: ONUSIDA.
- OMS. (2008). *Guía del usuario. El índice de estigma de personas que viven con VIH*. ONUSIDA, IPPF; ICW; GNP. Recuperado el 03 de 03 de 2014, de <http://www.stigmaindex.org/>
- OMS. (Octubre de 2013). *Centro de prensa. VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONUSIDA. (2009). *Atención de la salud de personas travestis y transexuales*. Recuperado el 13 de agosto de 2011, de www.guillermoleone.com.ar/travestis.pdf
- ONUSIDA. (2011). *UNGASS América Latina, avance de resumen*. Recuperado el 14 de 12 de 2013, de <http://www.onusida-latina.org/es/sobre-onusida2/52-epidemia-de-vihsida-en-america-latina.html>
- ONUSIDA. (2012). *AIDSInfo*. Recuperado el 2 de 03 de 2014, de <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>
- ONUSIDA. (2012). *Global AIDS Response progress reporting*. Switzerland: ONUSIDA.
- ONUSIDA/OMS. (September de 2013). *Cory Epidemiology Slides*. Recuperado el 12 de 2 de 2013, de http://www.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf
- Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa. (2011). *Clínica Especializada Condesa*. Recuperado el 27 de 11 de 2013, de <http://condesadf.mx/personas-transgenero.htm>
- Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa. (2012). *Clínica Transgénero*. México.
- Programa de VIH/SIDA. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Clínica Especializada Condesa. (2013). *Condesa DF*. Obtenido de condesadf.mx/pdf/informe_2013.pdf
- Rhodes, T. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social science and medicine*, 1026-1044.

- Rodríguez y Toro, A. (2003). La comunidad de la cual no hablamos: vulnerabilidad social, conductas de riesgo y VIH/SIDA en la comunidad transgéneros en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de psicología/Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos*, 14, 7-40.
- Roth, D. S. (2014). *About.com*. Obtenido de gaylatino.about.com/od/Sergay/f/Qu-E-Significa-Ser-Transg-Enero.htm
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA. (2013). *CENSIDA*. Obtenido de www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE2012.pdf
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2013). *Informe 2012 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA*. México: DGE.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2013). *Informe anual de mortalidad. México 2012*. México: DGE.
- Social, M. d. (2011). *Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle*. República de Colombia: Coordinación editorial.
- Tibaduiza, A. P. (2013). *Proyecto transgénero*. Recuperado el 14 de 04 de 2014, de fecha de actualización: www.proyecto/transgenero.org
- Tibaduiza, A. P. (2013). *Vulnerabilidad al VIH/Sida en personas transgénero en Colombia*. Obtenido de <http://eltabuenlasociedad.blogspot.mx/p/articulo-cientifico-vulnerabilidad-al.html>



Instituto Nacional de Salud Pública
Especialidad en Salud Pública y Medicina Preventiva
Sede Tlalpan