



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Resultados de la Encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México

Reporte Técnico

Arantxa Colchero, INSP

María Alejandra Cortés, INSP

Sandra Sosa-Rubí, INSP

Martín Romero, INSP

Sergio Bautista, INSP

Hamid Vega, CEC

Víctor Rodríguez, CEC

Gabriela Hernández, CEC

Nitzia López, CEC

Claudia Ramírez, CEC

Nathalie Gras, CEC

Steven Díaz, CEC

Andrea González, CEC

Ricardo Román, PSI México

Angélica Ospina PSI México

Fernando Ruiz, PSI México

México, 8 de Mayo de 2013

Índice de contenidos

Agradecimientos.....	4
Resumen ejecutivo	5
Introducción	8
Metodología	10
<i>Marco muestral y tamaño de la muestra.....</i>	<i>10</i>
<i>Maqueo de sitios de encuentro y selección de sitios para la encuesta.....</i>	<i>12</i>
<i>Procedimientos de aplicación de la encuesta.....</i>	<i>13</i>
Análisis de los datos.....	18
<i>Ponderadores.....</i>	<i>18</i>
<i>Estimación de prevalencia de VIH.....</i>	<i>19</i>
Resultados	19
<i>Sitios de encuentro de la encuesta</i>	<i>19</i>
<i>Entrevistas realizadas y tasa de respuesta.....</i>	<i>20</i>
<i>Características socio-demográficas.....</i>	<i>21</i>
<i>Prevalencia de VIH.....</i>	<i>24</i>
<i>Capital social.....</i>	<i>24</i>
<i>Transformaciones sexo genéricas.....</i>	<i>26</i>
<i>Uso de servicios de salud.....</i>	<i>28</i>
<i>Prácticas sexuales: uso de condón y prácticas de riesgo.....</i>	<i>32</i>
<i>Conocimientos sobre VIH e infecciones de transmisión sexual y motivación</i>	<i>34</i>
<i>Estigma y discriminación.....</i>	<i>37</i>
<i>Uso de sustancias y medicamentos.....</i>	<i>39</i>
<i>Salud Mental.....</i>	<i>41</i>
<i>Antecedentes de suicidio.....</i>	<i>45</i>
Conclusiones.....	47
Anexo 1- Respuestas “no deseo contestar” sección prácticas sexuales.....	52
Referencias	53

Índice de tablas

TABLA 1- ASIGNACIÓN ÓPTIMA DE 100 ENTREVISTAS A LOS ESTRATOS (N(i)). (P=0.21)	11
TABLA 2- SEMI-AMPLITUD DE LOS INTERVALOS DE CONFIANZA PARA N= 1459 (TAMAÑO DE LA POBLACIÓN), DEFF = 1.5, P=0.21 Y DIVERSOS TAMAÑOS DE MUESTRA (N)	12
TABLA 3- MUESTRA Y POBLACIÓN ESTIMADA POR CENTRO PENITENCIARIO.....	19
FIGURA 1- TIPO DE SITIOS DE ENCUENTRO DONDE SE APLICÓ LA ENCUESTA (21 SITIOS)	20
TABLA 4- POBLACIÓN ENTREVISTADA Y TASA DE RESPUESTA A LA ENCUESTA.....	20
TABLA 5- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	21
TABLA 6- DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD (GRADOS COMPLETOS).....	22
TABLA 7- SITUACIÓN DE CALLE, TIPO DE VIVIENDA Y POSESIÓN DE BIENES	22
TABLA 8- SITUACIÓN DE CÁRCEL	23
TABLA 9- OCUPACIÓN PRINCIPAL Y SECUNDARIA	23
TABLA 10- PROPORCIÓN DE RESULTADOS POSITIVOS EN PRUEBA DE VIH	24
TABLA 11- CAPITAL SOCIAL Y REDES DE APOYO.....	25
TABLA 12- VISITAS A MT EN CENTROS PENITENCIARIOS	25
TABLA 13- USO DE HORMONAS	26
TABLA 14- USO DE ACEITES, COLÁGENO, POLÍMEROS O MODELANTES	27
TABLA 15- CIRUGÍAS PARA OBTENER UNA APARIENCIA MÁS FEMENINA	27
TABLA 16- PROBLEMA DE SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA.....	28
TABLA 17- PERCEPCIÓN RIESGO Y PRUEBA DE VIH	29
TABLA 17A- PERCEPCIÓN DE RIESGO DE TENER VIH POR RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH EN SITIOS DE ENCUENTRO	30
TABLA 17B- PERCEPCIÓN DE RIESGO DE TENER VIH POR RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH EN CLÍNICA CONDESA	30
TABLA 17C- PERCEPCIÓN DE RIESGO DE TENER VIH POR RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIH EN CENTROS PENITENCIARIOS	31
TABLA 18- SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN	31
TABLA 19- PRÁCTICAS SEXUALES CON PAREJAS ESTABLES Y PAREJAS CASUALES (NO TRABAJADORAS SEXUALES)	33
TABLA 20- PRÁCTICAS SEXUALES CON PAREJAS ESTABLES Y PAREJAS CASUALES (TRABAJADORAS SEXUALES)	33
TABLA 21- PRÁCTICAS SEXUALES CON CLIENTES (TRABAJADORAS SEXUALES)	34
TABLA 22- CONOCIMIENTOS DE VIH	35
TABLA 23- MOTIVACIÓN	35
TABLA 24- ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, RAZONES Y FORMAS	37
TABLA 25- QUIENES DISCRIMINAN*	38
TABLA 26- ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN: DENUNCIAS Y CONOCIMIENTOS DE INSTANCIAS	39
TABLA 27- USO DE SUSTANCIAS	41
TABLA 28- SALUD MENTAL	42
TABLA 28.A- ANSIEDAD	42
TABLA 28.B- DESMOTIVACIÓN.....	43
TABLA 28.C- AUTO-CONTROL.....	43
TABLA 28.D- TRISTEZA	44
TABLA 28.E- AFECTO POSITIVO	44
TABLA 29- ANTECEDENTES DE SUICIDIO	46

Agradecimientos

Este estudio en el área de VIH/SIDA se hizo posible gracias al apoyo brindado por la Misión de USAID en México, bajo los términos del acuerdo de cooperación No. 596-A-00-06-00060-00. Las opiniones expresadas en este documento son exclusivas de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Agradecemos el excelente trabajo del equipo de encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) coordinado por Aurora Franco, a todo su equipo de campo por el enorme compromiso con este proyecto, al equipo de Juan Nolasco encargado de la captura de la información, así como el apoyo y coordinación de Juan Pablo Gutiérrez, Director del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del INSP.

Agradecemos a Juan Carlos Salgado por el excelente trabajo en el apoyo con el análisis de las bases de datos.

Sin el apoyo de las promotoras pares de PSI México (Luna Hernández, Verónica López, Janet Hurtado, Andrea Iglesias, Scarlet Valerius, Pamela Resendiz, Mayte García, Thalia Mendoza) y el equipo de mapeo (Ingrid García, Lesly Jiménez, Rocío Maldonado, Carlos Espinosa y Ricardo Pulido) el levantamiento de la encuesta en sitios de encuentro no habría sido posible. Su compromiso con el proyecto y con la población de mujeres trans fue invaluable.

Agradecemos el apoyo del Dr. Luis Juárez Figueroa Coordinador del Laboratorio Especializado Condesa en la capacitación al equipo del INSP para la aplicación de la prueba rápida de VIH en sitios de encuentro, por su asesoría respecto a la recolección de biológicos y por el procesamiento de las muestras de las participantes en la CEC y CP.

El acompañamiento del Dr. Florentino Badial de la Clínica Condesa en la visita a Santa Martha, previo al mapeo y a la aplicación de la encuesta, fue invaluable. Con su apoyo pudimos hablar con un grupo de MT que nos aconsejaron sobre sitios a visitar en el mapeo y formas de abordar a la población. Agradecemos la oportunidad de conocer su trabajo y sensibilidad con las MT y pacientes con VIH/SIDA.

Agradecemos a la Dra. Carmen Lara Muñoz de la Facultad de Medicina de la UNAM por haber aceptado capacitar al personal de campo en la aplicación de la sección de antecedentes de suicidio.

Agradecemos el apoyo de Iván Pérez y Angélica García del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED), por la revisión del módulo de estigma y discriminación del cuestionario, por su acompañamiento durante la encuesta y su gran interés por la población de mujeres trans.

Finalmente, el agradecimiento más grande es hacia la población de mujeres trans por habernos abierto la puerta para realizar este proyecto.

Resumen ejecutivo

La población de mujeres trans (MT) ha sido poco estudiada en México. Algunos estudios cualitativos apuntan que la población vive en condiciones de vulnerabilidad y de marginación que se traducen en mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, uso de sustancias, problemas de salud mental, complicaciones derivadas de transformaciones de sexo genéricas así como barreras para el acceso a servicios de salud. La ausencia de estudios cuantitativos que den cuenta de las condiciones sociodemográficas y de salud de la población de MT dificulta el diseño de intervenciones y políticas acordes a sus necesidades.

El propósito de este estudio fue aplicar una encuesta para caracterizar a la población de MT de la Ciudad de México y su zona Metropolitana y medir la prevalencia de VIH. La encuesta se aplicó en sitios de encuentro (SE), Clínica Condesa (CEC) y cuatro Centros Penitenciarios (CP) de la ciudad de México (Penitenciaría de Santa Martha, Reclusorios Norte, Sur y Oriente). En este reporte se presenta el análisis descriptivo de los indicadores más relevantes que se estimaron en la encuesta por estrato (SE, CEC y CP) de las siguientes secciones: perfil sociodemográfico, redes sociales y de apoyo, transformaciones de sexo genéricas, acceso a servicios de salud, prevalencia de VIH, prácticas sexuales, estigma y discriminación, uso de sustancias y salud mental y antecedentes de suicidio.

Resultados más relevantes

- Entrevistamos a 585 MT, 351 en 21 sitios de encuentro de la Ciudad de México y su Zona Metropolitana; 150 MT en la Clínica Condesa y 84 en cuatro Centros Penitenciarios del Distrito Federal (Santa Martha, Reclusorios Norte, Sur y Oriente). La **tasa de respuesta** promedio en la encuesta en los tres sitios fue de 84%, siendo la más alta la respuesta en CEC (99%), seguida de SE (89%)
- La **edad** promedio de las participantes oscila entre 31 y 37 años en los tres estratos. La mayor parte nació en el DF seguido del Estado de México y Veracruz. Entre el 10 y 13% han migrado alguna vez a los Estados Unidos. El **grado de escolaridad** es diferente en cada estrato: en la CEC, el 44% tiene preparatoria o estudios superiores, 32% en SE y 14% en CP. La **ocupación** principal en SE es el trabajo sexual (62%), en CEC son actividades relacionadas con belleza (37%) y trabajo sexual (14%) ocupa el tercer lugar y en CP el trabajo sexual (28%) es la ocupación principal. El 12% que acuden a SE, 11% en CEC y 29% en CP reportan **haber vivido alguna vez en la calle**.
- La **prevalencia de VIH** en SE es de 20%. En CP la prevalencia es de 32%, más elevada que en SE probablemente porque se trata de una población de mayor riesgo y con mayor probabilidad de

haber infectado antes de entrar a la cárcel dado que la prevalencia de VIH y la exposición en CP es menor que en SE. La elevada prevalencia de VIH en SE similar a otros estudios realizados en el mundo en MT. Esta prevalencia contrasta con que solo el 6% de la población de MT en SE percibe que actualmente vive con VIH y que solo el 26% de las MT positivas en SE conocen su estatus de VIH.

- El **porcentaje de mujeres con resultado positivo** a VIH en CEC fue de 64% pero no debe interpretarse como la prevalencia de VIH en la Clínica Trans dado que las pacientes seropositivas acuden a la Clínica con mayor frecuencia y fueron invitadas a participar en la encuesta.
- Entre el 77 y 91% de la MT en los tres estratos ha usado **hormonas** alguna vez en su vida, y que entre el 15 y 17% han tenido complicaciones derivadas de su uso. Entre el 37 y 55% han usado **aceites, colágenos, polímero o modelantes** y de éstas mujeres entre el 25 y el 35% han tenido alguna complicación. En términos de **cirugías** para obtener una figura más femenina encontramos que entre el 19 y 38% de las participantes reportaron haberse realizado una cirugía y en promedio entre 9 y 17% sufrieron alguna complicación. Destaca que para cualquier transformación, las complicaciones son más frecuentes en la población de MT en CP.
- El 30% de MT que acuden a SE presentaron un **problema de salud**, 42% en CEC y 60% en CP. De las que reportaron un problema de salud, 80% en SE **recibieron atención médica**, 84% en CEC y 79% en CP. Resalta un elevado porcentaje de uso de servicios privados en la MT de SE.
- La MT (no trabajadoras sexuales) tuvieron en promedio 10 **parejas en el último mes** en SE; 4.6 en CEC y 1.9 en CP. Las MT trabajadoras sexuales en SE (69% de la muestra) tuvieron en promedio 11 **clientes en la última semana**; en CEC (24% de la muestra) 7 clientes y en CP (29% de la muestra) 7 clientes.
- Encontramos que el 67% de las MT que acuden a SE han sentido **rechazo/exclusión o discriminación** alguna vez en su vida, el 79% de las MT en CEC y 79% en CP. De las MT que han sentido rechazo/exclusión o discriminación alguna vez en la vida, reportan con mayor frecuencia haber sido discriminadas por la policía (custodios en caso de CP y otros servidores públicos), la sociedad en general, familiares, amigos y compañeros de la escuela. Destaca que los más altos porcentajes de discriminación son por parte de familiares.
- En **uso de sustancias**, la prevalencias de consumo alcohol, cannabis, cocaína e inhalables fue mayor que en la población general mexicana. Alrededor del 94% de MT en los tres estratos han

consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; es decir 17 puntos porcentuales por arriba de la población entre 18 y 65 años. El promedio de consumo de cannabis alguna vez en su vida que es de 56% en MT contrasta con la de la población urbana general mexicana que es de 6.5%. Para la población urbana en el mismo rango de edad se reporta una prevalencia acumulada de 3.6% para cocaína y 1.1% para inhalables; en tanto que el promedio para esta muestra fue de 53% y 32% respectivamente.

- La sección de **salud mental** tiene cinco preguntas que incluyen síntomas de depresión, ansiedad, control de la conducta (motivación), control emocional y el afecto positivo en general. Encontramos que la puntuación más baja de todas las preguntas se observó en las mujeres encuestadas en los CP que demostraron una puntuación 28% menor que la población general. La puntuación más alta se observó en los SE, 15% menor comparando con la población general mexicana. En la CEC se encontró una diferencia de 18% respecto a la población general.
- En **comportamiento suicida** se interrogó por pensamientos, planeación e intentos suicidas en la vida, y en el último año sólo para los intentos. Respecto a los **intentos suicidas** en la vida se observó una mayor frecuencia del 30.1% en los CP, seguido del 21.3% en la CC y del 14.9% en SE. Estas frecuencias superan la correspondiente reportada para la población general del 2.8%.

Los hallazgos de esta encuesta serán de gran utilidad para hacer visible la problemática de salud y discriminación de la población de MT en la Ciudad de México y para diseñar políticas de prevención acorde a sus necesidades. Dado el desconocimiento de su estatus de VIH, los resultados muestran la urgencia de tener programas de detección de VIH integrales y disponibles para que puedan iniciar tratamiento de manera oportuna aquellas que lo necesiten. Las elevadas percepciones de estigma y discriminación resaltan la necesidad de sensibilizar a personal de salud, custodios y otros servidores públicos para reducir esta problemática. Además, es crucial que la población de MT tenga acceso a servicios relacionados con transformaciones sexo-genéricas que sean de calidad para evitar complicaciones derivadas de su uso. Finalmente, las elevadas prevalencias de uso de sustancias y problemas de salud mental muestran la urgencia de atender estos padecimientos en esta población.

Esta encuesta pone el precedente para estudiar a la población de MT en otras ciudades del país en donde las condiciones, el entorno y sus necesidades pueden ser diferentes.

Introducción

La población de mujeres trans (MT) ha sido poco estudiada en Méxicoⁱ. Algunos estudios cualitativos apuntan que la población vive en condiciones de vulnerabilidad y de marginación que se traducen en mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, uso de sustancias, problemas de salud mental, complicaciones derivadas de transformaciones de sexo genéricas así como barreras para el acceso a servicios de salud^{1,2,3,4}. La ausencia de estudios cuantitativos que den cuenta de las condiciones sociodemográficas y de salud de la población de MT dificulta el diseño de intervenciones y políticas acordes a sus necesidades. El propósito de este estudio fue aplicar una encuesta para caracterizar a la población de MT de la Ciudad de México y su zona Metropolitana y medir la prevalencia de VIH.

La literatura de estudios de prevalencia de VIH en poblaciones de mayor riesgo apunta a un potencial aumento en el mundo⁵. Un meta-análisis publicado en 2012 con información disponible de Estados Unidos, países de Asia, Latinoamérica y Europa, muestra una prevalencia de VIH en MT promedio conjunta de todos los estudios de 19.1% [IC 95% 17.4-20.7]⁶. Este estudio estima que las MT tienen 49 mayores posibilidades de infectarse por VIH que la población general en edad reproductiva de esos países. En México, la prevalencia de VIH en la población general es de 0.3% pero está concentrada en poblaciones de mayor riesgo como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectadas⁷. La Clínica Especializada Condesa reporta que del total de MT que se realizan prueba de VIH en su centro de detección, el 20% tienen un resultado positivo y del total de MT que acuden a la Clínica Trans en el último año, el 35% son positivas⁸. En una encuesta representativa nacional en HSH realizada en sitios de encuentro en 24 ciudades de México en el 2011, se estimó una prevalencia de VIH de 17%⁹, más elevada que el 10% que se reportaba oficialmente para esta población⁶. La encuesta no fue diseñada para medir prevalencia en otros grupos vulnerables como MT, que están representadas en ese estudio en solo un 3%, por lo que medir la prevalencia de VIH en una muestra representativa de MT era el paso siguiente a seguir.

Un meta-análisis reciente muestra evidencia de alta morbilidad psiquiátrica en la población de MT¹⁰. Explorar la prevalencia de depresión en esta población tiene particular relevancia, tanto por las altas prevalencias reportadas en esta población del 60% y 62%^{11,12} como por la identificación de la depresión como una de las comorbilidades más frecuentes a la infección por VIH¹³. En una revisión sistemática de la literatura, se ha encontrado que hasta un 54% de MT en Estados Unidos ha tenido

ⁱ Para fines de este proyecto, mujeres trans son personas que nacieron con el sexo biológico de varones, y en el transcurso de sus vidas construyeron una identidad de género femenina, también se les identifica como TTT travestis, transgénero, transexuales.

ideación suicida, mientras que un 31% lo ha intentado alguna vez en su vida¹⁴. Dos estudios de cohortes, han reportado una elevada tasa de mortalidad en las MT sobre todo debido al suicidio¹⁵. Se ha encontrado que la población de MT menor de 25 años, con abuso de alcohol y sustancias adictivas, una historia de abuso sexual, que hayan sufrido discriminación y con temor por su seguridad física, parecen tener el mayor riesgo de suicidio¹⁶. Algunos autores incluso consideran que las conductas sexuales de alto riesgo y la infección por VIH debe considerarse como una forma pasiva de suicidio en las MT¹⁷.

El uso de sustancias ilícitas inyectables¹⁰ y el uso de drogas antes y durante el sexo anal receptivo han sido previamente descritos como factores de riesgo para infectarse del VIH¹⁸. Debido a las altas prevalencias de uso de sustancias adictivas encontradas en grupos de MT que van de 42.6% a 62.2%^{19,20}, determinar esta prevalencia en la población de MT mexicana adquiere particular relevancia.

En este reporte se presenta el análisis descriptivo de los indicadores más relevantes que se estimaron a partir la encuesta a MT en sitios de encuentro (SE) de la Ciudad de México y zona Metropolitana, la Clínica de Especialidades Condesa (CEC) y Centros Penitenciarios (CP) del DF. Los objetivos de la encuesta fueron: i) identificar los sitios de reunión y lugares de encuentro de la población de MT en la Ciudad de México y ii) caracterizar el perfil sociodemográfico, redes sociales y de apoyo, acceso a servicios de salud, prevalencia de VIH, prácticas sexuales, complicaciones derivadas de transformaciones sexogénicas, uso de sustancias y salud mental en MT entrevistadas en SE, CEC y CP.

El reporte está organizado de la siguiente forma: en la sección metodológica, se presenta el diseño de la encuesta, la estimación del tamaño de muestra, el mapeo de sitios de encuentro y los procedimientos de aplicación de la encuesta (componentes de la encuesta, abordaje y selección de participantes, capacitación de equipos de campo y prueba piloto del cuestionario). En la sección de análisis de datos se describen los métodos utilizados para el análisis descriptivo y la ponderación de los datos para reflejar el diseño del estudio. En la sección de resultados se contrasta las entrevistas realizadas con la muestra estimada, la caracterización de los sitios de encuentro donde se realizó la encuesta y la descripción cuantitativas de las características sociodemográficas de la población, indicadores de capital social, frecuencia de transformaciones sexo genéricas y sus complicaciones, uso de servicios de salud, prevalencia de VIH, prácticas sexuales, conocimientos de VIH, estigma y discriminación, uso de sustancias y salud mental.

El proyecto es un esfuerzo conjunto entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Clínica de Especialidades Condesa y Population Services International (PSI México). En el proyecto se

sumaron los esfuerzos del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED).

El proyecto fue aprobado por las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del INSP y el Research Ethics Board de PSI Global.

Metodología

Marco muestral y tamaño de la muestra

El primer elemento del procedimiento de muestreo es el marco de muestreo para la encuesta. En este proyecto, el marco de muestreo consistió en tres conjuntos.

- MT internas en Centros Penitenciarios (CP) del DF (Norte, Oriente, Sur y Penitenciaría de Santa Martha)
- MT que asisten a la Clínica Condesa (CEC)
- MT que asisten a sitios de reunión y encuentro (SE)

Estos tres conjuntos fueron considerados como tres estratos dado que la población que se encuentra en cada uno es diferente. Las MT que están en cárcel aunque pudieron haber asistido a SE antes de entrar a la cárcel, su condición actual es diferente y esto influye en las prácticas y comportamientos que deben estudiarse de manera independiente. Las MT que acuden a la CEC también pueden acudir a SE pero su condición de usuarias de la CEC las hacen diferentes del resto además de que la CEC es un espacio en donde podemos encontrar a MT porque hay un servicio especializado para ellas (Clínica Trans).

La razón para proponer un marco de muestreo mixto es que el número de MT que asisten a la CEC y a los CP, constituyen una proporción considerable comparada con el volumen de MT que pueden contactarse en los sitios de reunión. Estimaciones preliminares del tamaño de los estratos son las siguientes. En CP la población estimada es de 265, en la CEC hay 524 MT. El número de MT que asisten a SE se estimó del modo siguiente. En la encuesta HSH que se realizó en 24 ciudades se visitaron 67 sitios de encuentro de HSH en el área metropolitana del DF, en ellos se identificó a 335 MT⁷. Asumimos para la planeación de la encuesta que en el DF hay máximo el doble de MT (670) que asisten a sitios de reunión. La razón de suponer que el número de MT que asisten a sitios de reunión no es tan grande se hace porque la encuesta de HSH visitó todos los sitios listados en un mapeo de sitios de encuentro HSH donde era posible realizar entrevistas; esto es, podríamos calificar a la encuesta HSH como cerca de ser exhaustiva. Dado que no existen estimaciones de la población de MT en la Ciudad

de México, esta cifra podría modificarse con los datos del mapeo en el que preguntaremos a los encargados de los sitios una estimación aproximada del tamaño de la población de MT que acude. Si la estimación del mapeo da un número mayor que el supuesto establecido de 670, la distribución en los tres estratos se modificará para reflejar un mayor porcentaje en sitios de encuentro.

En la CEC y CP es posible seleccionar a las MT mediante un muestreo aleatorio simple; en contraste, el muestreo en los sitios de reunión tiene que hacerse mediante un muestreo de conglomerados. Entonces, el efecto del procedimiento de muestreo se puede aproximar del modo siguiente. Sea W_i la fracción de personas en el estrato i , c_i el costo de hacer una entrevista en el estrato y $Deff_i$ el efecto de diseño del procedimiento de muestreo en el estrato i . Entonces, la distribución óptima de 100 entrevistas entre los tres estrato es la siguiente.

$$n_i = 100 \frac{W_i \sqrt{p(1-p)} Deff_i / \sqrt{c_i}}{\sum_{k=1}^3 W_k \sqrt{p(1-p)} Deff_k / \sqrt{c_k}}$$

Tabla 1- Asignación óptima de 100 entrevistas a los estratos (n(i))ⁱⁱⁱ. (p=0.21)^{iv}

	N	W	Deff	Costo	n(i)
Sitios de encuentro	670	0.46	2	3	41
Clínica Condesa	524	0.36	1	1	39
Centros Penitenciarios	265	0.18	1	1	20

Una vez asignado, el tamaño de muestra por estrato se estimó el efecto de diseño del diseño mediante la siguiente expresión:

$$D = \frac{\sum_{k=1}^3 W_k^2 p(1-p) Deff_k / n_k}{p(1-p)/100}$$

El efecto de diseño estimado para este procedimiento de muestreo es $D= 1.56$.

Tamaño de muestra

Con el fin de elegir el tamaño de muestra, la tabla siguiente presenta las semi-amplitud (d) de los intervalos de confianza para diferentes tamaños de muestra, asumiendo una prevalencia del 21%, de acuerdo con la siguiente fórmula:

ⁱⁱ El efecto de diseño (Deff) puede interpretarse como el número de entrevistas (Deff) que son equivalentes para fines de estimación (*lograr unavarianzaespecifica*) a una entrevista colectada mediante muestreo aleatorio simple.

ⁱⁱⁱ El efecto de diseño asumido para los sitios se obtuvo de la encuesta HSH en el DF donde se entrevistaron en promedio 30 personas HSH por sitios.

^{iv} La prevalencia de $p=0.21$ también se obtuvo de la encuesta HSH en el DF.

$$d = 2\sqrt{\frac{p(1-p)}{n} Deff(1 - \frac{n}{N})}$$

Tabla 2- Semi-amplitud de los intervalos de confianza para N= 1459 (Tamaño de la población), Deff = 1.5, p=0.21 y diversos tamaños de muestra (n)

n	d
100	9.7
200	6.6
300	5.2
400	4.3
500	3.6
600	3.2
700	2.7
800	2.4
900	2.1
1000	1.8
1100	1.5
1200	1.2
1300	0.9
1400	0.5

El tamaño de muestra debería estar entre 300 y 700 personas. El tamaño de muestra de 700 resulta de observar el error estándar de 1.1 (semi-amplitud del intervalo de 2*error estándar=2.7) reportado en la encuesta de HSH en el DF (Bautista-Arredondo S, et al. 2011). Por lo tanto, 700 es el tamaño máximo que deseable bajo el supuesto de que esta encuesta de población MT no puede ser más precisa que la encuesta de HSH. El tamaño de muestra de 300, es lo mínimo que puede aceptarse porque dado que hay 3 estratos quedarían 100 por estrato (20 positivas), lo mínimo para hacer un tabulado por estrato. Dados los recursos disponibles para esta encuesta, el tamaño de muestra será de 500 MT. Considerando el presupuesto para la encuesta, el tamaño de muestra se estableció en 500 participantes distribuidas de la siguiente forma: 250 en SE (50%), 150 en CEC (30%) y 100 en CP (20%), de acuerdo con la distribución de la Tabla 1.

Mapeo de sitios de encuentro y selección de sitios para la encuesta

En sitios de encuentro, la encuesta se realizó en dos fases. En una primera fase se identificaron y caracterizaron los sitios de encuentro a los que acuden las MT. En la segunda fase se seleccionó una muestra aleatoria de los sitios identificados para la aplicación de la encuesta.

La metodología que fue utilizada para realizar el mapeo es una adaptación del método propuesto comúnmente conocido por las siglas “PLACES” (Priorities for Local AIDS Control Efforts)²¹. PLACES permite identificar y caracterizar sitios de encuentro de las poblaciones clave para

implementar programas de prevención de VIH. Mediante una primera aproximación con informantes clave (miembros de la comunidad y de organizaciones de la sociedad civil), se identifican y enlistan sitios de encuentro que son sitios de reunión de los grupos de población objetivo del proyecto. Una vez identificada la primera lista, se visitan los sitios y se recolecta información con un cuestionario que se aplica a los encargados de estos sitios. Este método fue adaptado para México en un proyecto previo cuyo objetivo fue identificar sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁷.

Para el mapeo de sitios de encuentro de MT se hicieron pequeñas adaptaciones al cuestionario que se utilizó para HSH para recolectar información específica del tamaño de la población trans que asistía al lugar. Para el mapeo de sitios de MT, los informantes clave fueron MT promotoras de salud de PSI, un grupo de MT que visitamos en el Centro Penitenciario Santa Martha y el propio equipo que se formó para hacer el mapeo. La lista de sitios de encuentro identificados sirvieron como marco muestral para la aplicación de la encuesta. De la lista se seleccionó una muestra al azar de sitios y una lista adicional. En función del tamaño de la población reportada por los encargados en el mapeo se estimó una meta de entrevistas a cumplir en cada sitio.

Procedimientos de aplicación de la encuesta

Componentes de la encuesta

La encuesta tuvo dos componentes: toma de muestra para medir prevalencia de VIH y un cuestionario aplicado por entrevistador. Ambos componentes eran requisito para participar en la encuesta. En SE y en CEC se entregaron vales de despensa por un valor de \$300 pesos para agradecerles a las MT su participación en el estudio y compensarlas por el tiempo dedicado que hubieran podido invertir en otras actividades. Adicionalmente, a todas las participantes en los tres estratos se les ofreció un kit de prevención e higiene que contenía condones, lubricantes y materiales de higiene personal, folletos de la CEC y del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED).

Toma de muestra

El procedimiento de toma de muestra fue diferente en cada estrato. En SE se tomó una muestra de sangre capilar para detección de VIH con una prueba rápida llamada UNIGOL (Bio Rad Chembio). De acuerdo con la evaluación del Laboratorio Especializado Condesa de la Ciudad de México, la prueba tiene sensibilidad y especificidad del 100% ; con un lote de 293 pruebas utilizando como método de referencia el inmunoanálisis de quimioluminiscencia ABBOT ARCHITEC® HIV 1/2 Ag/Ab Combo y la prueba confirmatoria de perfil de anticuerpos al VIH 1/2 IMMUNOCOMB COMBFIRM II ORGENICS®. En SE no se entregaron resultados de la prueba pero se entregaron

folletos de la CEC para que acudieran a realizarse la prueba de manera gratuita y recibir resultados con consejería. Las razones de no entregar resultados en SE fueron las siguientes. En SE como bares y lugares de trabajo sexual, no existen las condiciones para garantizar la confidencialidad en el momento de entrega de resultados. Por otro lado, los SE no son el lugar ideal para recibir un resultado positivo de VIH, son espacios de reunión, en algunos lugares además las personas podrían estar intoxicadas con alcohol u otras sustancias. Además de entregarles un folleto para que se hicieran la prueba en la CEC, de manera totalmente voluntaria se les invitó a poner sus datos de contacto en una lista que solo estaría disponible para el personal de la CEC para contactarlas para ofrecerles sus servicios.

En CP, como las internas no pueden acudir a un centro de salud para realizarse la prueba de VIH y recibir resultados, se tomaron muestras de sangre en vena en dos tubos para prueba de VIH y otras pruebas (hepatitis B y C, sífilis, glucosa y colesterol) y los resultados de las pruebas se entregaron de manera personalizada. La realización de varias pruebas permite reducir el estigma alrededor del VIH y mantener confidencialidad, ya que los resultados se entregan de manera individual y con consejería a cualquiera de los diagnósticos positivos y no sólo al VIH. Esta estrategia de incorporar diferentes pruebas ya se había probado con una alta aceptación en la población reclusa en el proyecto “Ponte a Prueba” en el que se ofrecen diferentes pruebas^v. La posibilidad de acceder a un diagnóstico de salud tiene importantes beneficios para la población y ayuda a reducir el rechazo a la prueba si solo se ofreciera VIH que tiene un gran estigma.

En CEC, dado que algunas MT que acuden a la Clínica Trans son VIH positivas y algunas de ellas están en tratamiento, se pidió a las participantes que fueran negativas y que no tuvieran una prueba de VIH reciente (menos de 3 meses) que se hicieran la prueba en el centro de detección de la CEC para poder participar.

Cuestionario

Se diseñaron dos cuestionarios: uno para SE y CEC y otro para CP. Los cuestionarios tienen la misma estructura, las preguntas son prácticamente iguales, la diferencia es que algunas preguntas pertinentes en sitios de encuentro y CEC no aplican para CP. El cuestionario fue elaborado usando preguntas de cuestionario ya validados y con la participación de expertos del INSP, CEC, PSI México y COPRED. El cuestionario fue revisado por todo el equipo y se hizo una prueba piloto para establecer tiempos, evaluar la claridad y la sensibilidad de las preguntas. El cuestionario tiene las siguientes 10 secciones.

^v Proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con la Clínica de Espacialidades Condesa: Detección, atención y prevención de enfermedades en centros penitenciarios del Distrito Federal. Investigador principal: Sergio Bautista-Arredondo.

I. Características sociodemográficas. En esta sección se recogió información sobre edad, lugar donde vive, estado de nacimiento, si ha vivido dentro y fuera de México y una serie de preguntas sobre bienes del hogar donde vive, educación, ocupación e ingresos.

II. Capital social. En esta sección se preguntó sobre apoyos que reciben en caso de necesitarlo y a quién acude cuando tienen un problema.

III. Prácticas de transformación sexogenérica. En esta sección se hicieron preguntas sobre riesgos médicos derivados del uso de terapia hormonal, uso de modelantes y procedimientos quirúrgicos como prácticas de transformación para obtener una figura femenina.

IV. Servicios de salud. En esta sección, se recogió información sobre uso de servicios en general, servicios médicos donde asistió, barreras de acceso, detección de VIH, uso de servicios especializados para MT con énfasis en el Centro de Atención a MT de la Clínica Condesa. En esta sección se preguntó también si habían recibido servicios de prevención del Fondo Global y de PSI México. Se usaron láminas impresas a color para que las participantes pudieran reconocer o identificar los paquetes del FG y las intervenciones de PSI México.

V. Prácticas sexuales. En esta sección las participantes describieron sus prácticas sexuales (número de parejas, número de encuentros en el último mes, uso de condón) distinguiendo relaciones con parejas estables y parejas causales. Para MT que recibir regalos o dinero a cambio de sexo es una fuente estable de ingresos, se preguntaron prácticas sexuales con sus clientes.

VI. Conocimientos. En esta sección se preguntan aspectos relacionados con conocimiento de VIH y enfermedades de transmisión sexual y preguntas de motivación.

VII. Estigma y discriminación. Las preguntas de esta sección se refieren a exclusión o discriminación, formas de discriminación, personas que las han discriminado y si han hecho alguna denuncia. Esta sección fue revisada y adaptada por personal de la COPRED.

VIII. Salud Mental. La medición de la salud mental general de la población de MT, se hizo a través del *Medical Outcomes Study (MOS) Short Form-36 Health Survey* (Cuestionario de Estado de Salud del Forma Corta-36 del Estudio de Consecuencias Médicas [SF-36]), construido durante la realización del MOS, con el reconocimiento de que para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados. Se difundió mediante el International Quality of Life Assessment Project (Evaluación Internacional de la Calidad de Vida (IQOLA)) en donde se tradujo y adaptó para distintas poblaciones (Alonso J, 1995). Existen seis versiones del SF-36 en español incluyendo una para población mexicana^{vi}.

^{vi} Respecto a la versión adaptada para México del SF-36, se probó la consistencia interna y la validez convergente del cuestionario, obteniéndose coeficientes de consistencia interna para cada uno de los dominios y el cuestionario total de alfa de Cronbach= 0.56 a 0.84, y la validez convergente, mediante la intercorrelación de los reactivos por dominio, fue en promedio de $r= 0.40$ (Zúñiga AM, 1999, Rodríguez PV, 2006). Para propósitos de esta encuesta se utilizó sólo el dominio de Salud Mental y Vitalidad.

IX. Uso de sustancias y medicamentos. En esta sección se recogió información sobre uso de sustancias no prescritas por algún médico alguna vez en la vida y en el último mes.

X. Antecedentes de suicidio. Esta sección es sobre la presencia de ideación, plan e intento suicida a lo largo de la vida y en los últimos doce meses. El instrumento utilizado es la versión en español de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, versión 2 (CIDI 2, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud, específicamente la parte de suicidio (Kessler RC, Ustun TB. 2004). El instrumento está basado en los diagnósticos de acuerdo al DSM-IV, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), de la OMS^{vii}.

Prueba piloto cuestionario

Previo a la prueba piloto, el cuestionario había sido aplicado para revisar la fluidez del cuestionario, comprensión, tiempos y pases. Además, el cuestionario fue revisado ampliamente por todo el equipo de trabajo del INSP, Clínica Condesa y PSI México. Para la prueba piloto se aplicaron siete cuestionarios, uno en sitios de encuentro y seis en las instalaciones de PSI México con las promotoras pares de salud trans. Posteriormente, se realizó una retroalimentación con nueve promotoras de salud, incluyendo las seis promotoras a las que se les aplicó el cuestionario y tres más que se integraron a la socialización del cuestionario y que se dieron a la tarea de revisar los cuestionarios. Todos los comentarios fueron anotados con control de cambios en el cuestionario y sintetizados por el equipo que apoyó en la aplicación del cuestionario. Los tiempos de aplicación del cuestionario fueron de 26 a 40 minutos con un promedio de 31 minutos de los siete cuestionarios aplicados. En términos generales, las participantes consideraron que el cuestionario usaba los términos adecuados y que no era “agresivo u ofensivo” para la población, excepto las preguntas de infecciones de transmisión sexual que fueron eliminadas del cuestionario. Con la retroalimentación de las participantes en la prueba piloto, se modificaron las preguntas para lograr que el cuestionario fuera más claro y fluido. El cuestionario también fue revisado por el área de encuestas del INSP para detectar inconsistencias en pases.

Estrategia de abordaje y selección de la población

El abordaje y selección de la población participante fue diferente en cada estrato. En SE, el equipo de campo incluyó al equipo de coordinadores, supervisores, entrevistadores y enfermeras del INSP, 8 MT pares promotoras de salud de PSI México y el equipo de mapeo. Las MT pares apoyaron el trabajo de campo facilitando la aceptación de la encuesta en la población, convenciendo a sus pares de los beneficios de su participación. El equipo de mapeo facilitó la entrada a los sitios previamente

^{vii} La confiabilidad y la validez de esta encuesta en México han sido ampliamente documentadas (Caraveo AJ, Martínez N, Rivera E. 1998; Caraveo AJ, González C, Ramos L. 1991), sobretodo en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003 (Medina-Mora ME, et al. 2003), obteniéndose datos relacionados con el comportamiento suicida de la población mexicana (Borges G. 2005).

identificados. La estrategia de abordaje contempló que para evitar que los entrevistadores seleccionaran a las MT por criterios que pudieran sesgar el estudio, el supervisor del equipo de campo definía donde se colocaría cada entrevistador. Desde ese punto, los entrevistadores tenían que abordar a toda MT que pasara por ese punto. Para sitios muy pequeños, se entrevistaba a todas las MT en el lugar.

En CP, previo a la aplicación de la encuesta, un equipo del INSP y la CEC, abordó a las MT, en sus dormitorios y otros espacios para explicarles las características y el propósito del estudio e invitar a cada MT a participar. Se aprovechó la experiencia de la CEC en CP para un abordaje conjunto. El equipo explicó que los resultados de las pruebas los entregarían un equipo de la CEC de manera personalizada y confidencial y que ninguna autoridad tendría acceso a esta información. En Santa Martha, la encuesta se realizó en el dormitorio 10 donde se encuentran todos los pacientes en tratamiento por VIH/SIDA y donde se encuentra la mayor parte de las MT de la penitenciaría. En los Reclusorios Norte, Sur y Oriente, la encuesta se realizó en espacios designados por los encargados.

En la CEC, los médicos de la Clínica Trans y del servicio de salud mental invitaban a las MT a participar en el estudio y las referían al final de su consulta con el equipo de campo que se encontraba en la sala de espera para abordarlas y aplicarles la encuesta. Las MT que participaron fueron aquellas que acuden a la Clínica Trans, al servicio de salud mental y otras que acuden a la CEC para seguimiento de tratamiento de VIH.

Capacitación de personal de campo

La encuesta fue aplicada y coordinada por investigadores del INSP en conjunto con la CEC y PSI México. El área de encuestas del INSP seleccionó un equipo de campo compuesto por personas que habían participado en encuestas con población vulnerable previamente (HSH y trans). El equipo fue conformado por 2 coordinadores, 4 supervisores, 8 entrevistadores y 4 enfermeros, etc. Al equipo de campo del INSP se sumaron 8 MT promotoras pares de PSI México y 4 integrantes del equipo de mapeo.

La capacitación se hizo del 29 al 31 de octubre en las instalaciones del INSP-Tlalpan. Los temas que se trataron con todo el equipo (equipo de campo del INSP, promotoras PSI México y equipo de mapeo) fueron: descripción del proyecto y sus objetivos, componentes de la encuesta, estrategia para abordar a las participantes en la encuesta y aspectos éticos. Adicionalmente, tres mujeres del equipo de mapeo prepararon una sesión de sensibilización para el equipo de campo. El equipo completo se reunió para organizar el plan de trabajo y la revisión de los sitios seleccionados que se visitarían.

Con el equipo de campo del INSP, durante los tres días las tareas se centraron en ensayar el abordaje a las MT y la aplicación de las preguntas del cuestionario por medio de socio-dramas,

haciendo énfasis en las preguntas más complejas. Para la sección de antecedentes de suicidio, la Dra. Lara del Instituto Nacional de Psiquiatría impartió la capacitación junto con el Dr. Hamid Vega, la Dra. Gabriela Hernández, Dr. Víctor Rodríguez y Dr. Jeremy Cruz de la CEC quienes apoyaron en los ensayos de los entrevistadores de las preguntas de esta sección y en resolver las dudas del equipo.

El equipo del INSP encargado de tomar las muestras de sangre tomó una capacitación con el Dr. Luis Juárez Figueroa, coordinador del Laboratorio de Especialidades Condesa.

Análisis de los datos

Ponderadores

El reporte presenta un análisis descriptivo de los indicadores más relevantes de cada sección del cuestionario. Presentamos los indicadores separados para cada estrato: SE, CEC y CP. Para cada indicador se presenta la media e intervalo de confianza al 95%. La encuesta es representativa de la población de MT que acuden a SE, mujeres que acuden a la CEC y mujeres en CP. Los análisis de esta encuesta se presentan por separado en cada estrato dado que no conocemos con certeza el tamaño de la población total en cada estrato y porque existe una gran heterogeneidad en los tres estratos lo que impediría una correcta interpretación de los resultados.

Para reflejar el diseño de la encuesta en cada estrato, las estadísticas descriptivas están ponderadas y ajustadas por el efecto conglomerado y por los estratos. Los análisis se hicieron en STATA 12. A continuación se describe la ponderación en cada estrato.

En SE, se seleccionaron aleatoriamente sitios donde se aplicaría la encuesta por lo que constituye un solo estrato. Los sitios de encuentro son los conglomerados con la característica de que la población dentro de un sitio es más homogénea (parecida entre sí) y hay heterogeneidad entre sujetos que van a diferentes sitios. Por esta característica de la encuesta, es importante ajustar los análisis por el efecto del conglomerado. Para ajustar por diferencias en el tamaño del sitio, considerando que en algún sitio pudo haber un número de entrevistas mayor a la meta, se ponderaron las observaciones a partir de la siguiente fórmula: $[\text{número de cuestionarios}]/[\text{número de casos por sitio}]/[\text{número de sitios}]$. El total de cuestionarios es 351 en SE y se aplicó la encuesta en 21 sitios, el número de entrevistas varía por sitio.

La CEC es un estrato, los conglomerados son las MT entrevistadas. Se ponderaron las observaciones usando la siguiente fórmula: $[\text{mujeres que acuden a la Clínica Trans}]/[\text{tamaño de la}$

muestra de la encuesta]. A la Clínica Trans acuden 680 MT y el tamaño de la muestra fue de 150 por lo que el ponderador fue: 4.53.

En CP, la selección de participantes se realizó en cada CP por lo que tenemos 4 estratos. Los conglomerados son las MT que participaron en la encuesta. El ponderador en cada estrato se definió como: [población de MT estimada en cada CP]/[tamaño de muestra en cada CP]. La población estimada en cada CP se construyó a partir del censo/lista de MT que entregaron las autoridades de cada CP, el tamaño de muestra consiste al total de MT entrevistadas en cada CP.

Tabla 3- Muestra y población estimada por Centro Penitenciario

Centro Penitenciario	Muestra	Población estimada
Santa Martha	33	34
Reclusorio Sur	9	15
Reclusorio Norte	27	67
Reclusorio Oriente	15	17
Total	84	133

Estimación de prevalencia de VIH

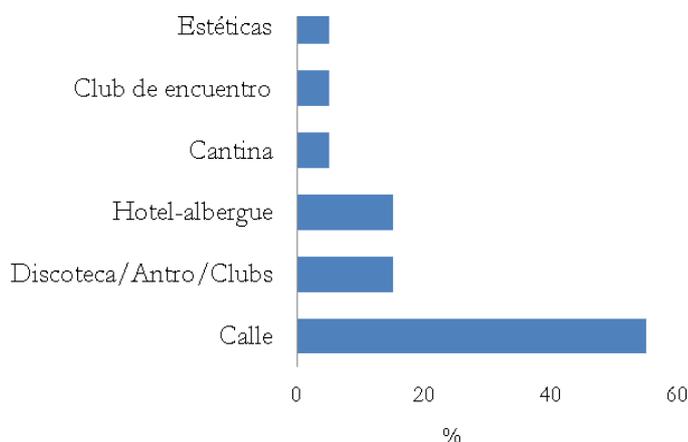
La estimación de prevalencia de VIH se hizo dividiendo el número de resultados positivos entre el número de personas que participaron en la encuesta dado que todas las MT que participaron completaron la encuesta y aceptaron la toma de muestra de sangre. Como se describió previamente, en cada estrato el procedimiento de toma de muestra fue diferente, por lo que no puede obtenerse una estimación global de prevalencia. Los resultados y la comparación entre los tres estratos debe interpretarse con cuidado dadas las diferencias en las pruebas utilizadas. En SE, se utilizó una prueba rápida para detección de VIH que tiene especificidad y sensibilidad del 100% de acuerdo a la evaluación del Laboratorio de la Clínica Condesa como se describió en la sección de procedimientos para la aplicación de la encuesta por lo que no es necesario ajustar por valor de predicción positivo. Las muestras de la CEC y de CP se procesaron en el Laboratorio de la CEC.

Resultados

Sitios de encuentro de la encuesta

El mapeo permitió identificar 77 sitios de encuentro de MT en la Ciudad de México y zona Metropolitana. Esta lista de sitios constituyó el marco muestral para la encuesta. La encuesta se realizó en 21 sitios de los cuáles el 55% fueron sitios en calle, seguido de antros (15%), hoteles/albergues (15%), cantinas (5%), club de encuentro (5%) y estéticas (5%) (Figura 1).

Figura 1- Tipo de sitios de encuentro donde se aplicó la encuesta (21 sitios)



Entrevistas realizadas y tasa de respuesta

El estudio fue completado por 585 MT, 85 más que la muestra total estimada para el estudio (Tabla 4). En todos los estratos se cumplió con la muestra estimada excepto en CP. En SE se realizaron 101 encuestas más de lo planeado, en CEC se cumplió con la meta y en CP se cumplió con 84% de la muestra estimada. La tasa de respuesta promedio en la encuesta en los tres sitios fue de 84%, siendo la más alta la respuesta en CEC (99%), seguida de SE (89%). En CP, no se cumplió con la muestra y la tasa de respuesta fue más baja que en los otros dos sitios. Tres razones lo explican. Por un lado, al revisar las listas/censo de las MT en CP, observamos que el tamaño de muestra total de los 4 CP fue de 133 en lugar de 150 con el que se estimó originalmente la muestra para la encuesta, es decir 13% más pequeña. Segundo, a pesar de la labor de convencimiento, algunas MT manifestaron que tenían temor de recibir un resultado positivo de VIH y que tuvieran que trasladarse a Santa Martha para recibir tratamiento, otras rechazaron el estudio por no contar con la aprobación de sus parejas en el CP ya que aceptar el mismo podía leerse como sinónimo de sospecha o de tener el virus. Por último, no se encontraban todas las MT de las listas en los dormitorios, algunas por ejemplo estaban trabajando y no tuvieron disponibilidad el día de la encuesta.

Tabla 4- Población entrevistada y tasa de respuesta a la encuesta

	Sitios de encuentro	Clínica Condesa	Centros Penitenciarios	Total
Tamaño de muestra estimado	250	150	100	500
Entrevistas realizadas	351	150	84	585
Rechazó participar	42	2	49	93
Tasa de respuesta	89.3%	98.7%	63.2%	83.7%

Características socio-demográficas

La edad promedio de las participantes en SE y CP es de 31 años y de 37 años en CEC (Tabla 5). La mayor parte de las MT entrevistadas nacieron en el DF, Estado de México y Veracruz. El 44% de las MT en SE nacieron en el Distrito Federal (DF), seguido del Estado de México (13%) y Veracruz (12%). En CEC, el porcentaje que nació en el DF es mayor (68%) y en CP es menor (40%). El 10% de las MT en SE han migrado alguna vez a los Estados Unidos (EUA), en promedio a los 19 años la primera vez que migró; en CEC 13% han migrado, en promedio a los 22 años la primera vez y en CP 12% han migrado a los 15 años la primera vez.

Tabla 5- Características demográficas

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%	
Edad actual	31.1	29.1	33.1	36.8	35.2	38.4	31.0	28.9	33.2
Estado de nacimiento (%)									
<i>Distrito Federal</i>	43.6	33.6	53.6	67.8	60.2	75.4	39.7	28.1	51.3
<i>Guerrero</i>	3.5	1.1	5.9	1.3	-0.5	3.2	8.7	2.7	14.7
<i>Edo. México</i>	12.6	5.9	19.3	8.7	4.1	13.3	2.4	-0.3	5.1
<i>Oaxaca</i>	6.9	3.8	10.0	6.7	2.7	10.8	0.0	0.0	0.0
<i>Puebla</i>	3.9	1.7	6.0	1.3	-0.5	3.2	0.8	-0.8	2.3
<i>Tabasco</i>	3.5	-0.7	7.7	0.0	0.0	0.0	2.0	-0.9	5.0
<i>Veracruz</i>	11.8	7.0	16.7	6.7	2.7	10.8	23.2	13.0	33.4
<i>Otros Estados</i>	14.2	7.7	20.7	7.4	3.1	11.6	19.8	10.4	29.1
<i>Extranjera</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	-0.9	7.7
Emigración EUA (%)	10.2	5.7	14.6	12.7	7.3	18.1	11.8	4.5	19.1
Edad emigración EUA (<i>en las que migraron</i>)	19.2	17.0	21.3	21.6	17.7	25.6	15.3	9.5	21.1

Las MT que tienen grados más altos de escolaridad son las que participaron en la encuesta de la CEC, seguido de SE y CP (Tabla 6). En CEC, el 24% tiene preparatoria y 20% estudios superiores; en SE 22% tiene preparatoria y 9% tiene estudios superiores. En CP, la mayor parte tienen primaria o secundaria completa, 12% tiene preparatoria/carrera técnica y solo 3% tiene estudios superiores.

Tabla 6- Distribución de escolaridad (grados completos)

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Sin escolaridad*	6.6	3.6	9.5	4.7	1.3	8.1	4.5	-0.9	9.9
Primaria	17.6	12.3	22.9	20.7	14.1	27.2	41.7	30.2	53.2
Secundaria	44.2	36.5	51.9	30.7	23.2	38.1	39.4	28.4	50.4
Preparatoria/carrera técnica	22.1	17.9	26.4	24.0	17.1	30.9	11.7	4.5	19.0
Estudios superiores	9.5	0.7	18.3	20.0	13.5	26.5	2.6	-1.4	6.7

* incluye primaria incompleta

Entre el 11 y 12% de las MT que acuden a SE y CEC reportan haber vivido alguna vez en la calle y la edad promedio de la primera vez son 14 años (Tabla 7). El porcentaje es mucho más elevado en MT en CP: 29% han vivido alguna vez en la calle y la primera vez fue a los 16 años. En SE el 80% vive en una vivienda y 20% en un hotel/hostal o albergue; en CEC la mayoría viven en una vivienda (97%) y en CP, antes de entrar a la cárcel, 57% vivían en una vivienda y 40% en un hotel/hostal o albergue. Respecto a la posesión de bienes, en SE 78% tiene TV y 84% en CEC y en ambos estratos el 10% reporta tener automóvil y entre 33 y 36% tiene computadora.

Tabla 7– Situación de calle, tipo de vivienda y posesión de bienes

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%	
Alguna vez vivió en calle	11.9	7.0	16.7	10.7	5.7	15.7	28.7	17.8	39.6
Edad 1ra vez en calle	14.3	12.8	15.9	14.5	13.0	16.0	15.9	12.6	19.2
Donde vive (%)*									
<i>Vivienda</i>	80.4	71.6	89.2	96.7	93.8	99.6	57.0	45.1	68.8
<i>Metro o calle</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	-1.4	6.8
<i>Hotel u hostal</i>	19.6	10.8	28.4	3.3	0.4	6.2	40.3	28.6	52.0
Tiene estéreo (%)	60.4	52.9	67.8	70.7	63.3	78.0	10.1	4.1	16.1
Tiene computadora (%)	33.6	25.9	41.4	36.9	29.1	44.8	na**		
Tiene TV (%)	78.3	69.9	86.6	84.0	78.1	89.9	na**		
Tiene automóvil (%)	10.8	5.5	16.1	10.0	5.1	14.9	na**		

*Para CP esta pregunta corresponde a donde vivían antes de entrar al CP.

**na: no aplica

En SE, el 25% de las MT reportan haber estado alguna vez en un CP y la edad promedio de ingreso reportada es de 25 años (Tabla 8). En CEC, 11% declararon haber estado alguna vez en un CP

y la edad de ingreso es 25 años. Las MT entrevistadas en CP reportan que entraron al CP donde fueron entrevistadas a los 24 años y llevan en promedio 2 años internas.

Tabla 8- Situación de cárcel

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%	
Alguna vez en CP	25.3	19.9	30.6	11.3	6.2	16.5	na		
Edad de ingreso a CP	24.8	23.2	26.3	25.0	19.8	30.2	24.0	22.4	25.6
Años que lleva en CP	na			na			2.1	1.7	2.5

El 62% de las MT que acuden a SE reportan que su ocupación principal es el trabajo sexual, 13% se dedican a actividades relacionadas con belleza, 9% en el sector de servicios y manufactura y otras actividades el resto (ver Tabla 9). La distribución de la ocupación principal en CEC es diferente, 36% se dedican a actividades relacionadas con belleza, el 16% a servicios y manufactura, 14% se dedican al trabajo sexual y 9% son profesionistas. El 28% de las MT entrevistadas en CP reportan que su actividad principal antes de entrar a la cárcel era el trabajo sexual, 25% trabajaban en servicios y manufactura y el 22% en belleza.

Tabla 9- Ocupación principal y secundaria

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Ocupación principal (%)*									
<i>Profesionista</i>	2.4	-0.8	5.5	9.3	4.6	14.0	4.4	-0.4	9.1
<i>Belleza+</i>	13.1	7.2	18.9	36.7	28.9	44.5	22.3	12.2	32.3
<i>Artistas</i>	4.4	0.3	8.4	4.0	0.8	7.2	1.3	-1.3	3.9
<i>Servicios y manufactura</i>	9.0	3.8	14.3	16.7	10.6	22.7	25.5	14.7	36.3
<i>Trabajo sexual</i>	62.0	48.9	75.1	14.0	8.4	19.6	28.4	18.1	38.7
<i>Fun. públicos y ONG's</i>	1.5	-0.1	3.0	4.0	0.8	7.2	3.9	-1.5	9.3
<i>Negocio propio</i>	5.0	0.7	9.2	8.0	3.6	12.4	7.7	0.7	14.6
<i>Desempleada</i>	0.4	-0.4	1.1	4.0	0.8	7.2	4.6	-0.6	9.8
<i>Estudiante</i>	0.6	-0.3	1.4	2.0	-0.3	4.3	2.0	-1.9	5.9
<i>Ama de casa</i>	1.8	-0.6	4.2	1.3	-0.5	3.2	0.0	0.0	0.0
Ocupación secundaria (%)									
<i>Profesionista</i>	0.8	-0.8	2.3	2.7	-1.1	6.5	0.0	0.0	0.0
<i>Belleza</i>	16.1	10.6	21.7	9.5	2.6	16.3	16.9	6.1	27.6
<i>Artistas</i>	8.8	5.1	12.5	14.9	6.6	23.2	5.2	-1.2	11.5

<i>Servicios y manufactura</i>	14.5	8.5	20.5	8.1	1.7	14.5	25.8	14.3	37.3
<i>Trabajo sexual</i>	19.4	12.2	26.6	18.9	9.8	28.1	22.0	9.7	34.2
<i>Fun. públicos y ONG's</i>	2.4	0.3	4.4	5.4	0.1	10.7	1.2	-1.2	3.7
<i>Negocio propio</i>	6.3	2.9	9.8	9.5	2.6	16.3	8.6	1.3	15.9
<i>Desempleada</i>	3.1	0.7	5.6	4.1	-0.6	8.7	0.0	0.0	0.0
<i>Estudiante</i>	3.8	0.9	6.6	12.2	4.5	19.8	8.5	1.2	15.8
<i>Ama de casa</i>	21.6	14.0	29.2	12.2	4.5	19.8	2.7	-2.7	8.1
<i>Otras no remuneradas</i>	3.3	0.6	6.0	2.7	-1.1	6.5	9.2	0.1	18.3

* En CP se refiere a actividades que realizaban antes de entrar a cárcel; + incluye peluquera, estilista, manicurista, pedicurista, bañera, masajista

Prevalencia de VIH

La proporción de MT con resultado positiva fue de 20% en SE, 64% en CEC y 32% en CP (Tabla 10). Todas las participantes excepto dos (una en SE y otra en CP) se hicieron la prueba. La elevada proporción de resultados positivos en la CEC es esperable dado que en la encuesta participaron MT VIH positivas que acuden a los servicios de VIH por lo que tenían mayor probabilidad de participar en la encuesta que las negativas que acudían a la Clínica Trans o a los servicios de salud mental.

Tabla 10- Proporción de resultados positivos en prueba de VIH

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Proporción positivos	19.8	14.6	25.0	64.0	56.2	71.8	31.9	24.7	39.0

Capital social

Los datos muestran que solo alrededor de la mitad de MT entrevistadas reciben apoyo frente a alguna agresión física (Tabla 11). De las que reciben ayuda, la mayor parte es por parte de familiares y amigos (incluye amigas trans). Para conseguir dinero las MT de SE recurren al trabajo sexual, seguido de la familia; en CEC y CP recurren principalmente a la familia y las (os) amigos. En SE y CEC, el 93% de las MT revelaron a su familia el deseo de ser mujer, en promedio lo hicieron a los 14 años las MT de SE y de 17 años las que acuden a la CEC. El 86% de las MT en CP revelaron a su familia y en promedio lo revelaron a los 13 años. De las MT que revelaron a sus familias el deseo de ser mujer, solo el 61% recibió apoyo en SE, 52% en CEC y 55% en CP.

Tabla 11- Capital social y redes de apoyo

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%	
Ayuda agresión física (%)	55.2	47.8	62.6	50.7	42.6	58.8	48.7	37.4	60.0
A quién recurre cuando problema o situación difícil (%)									
<i>Amigos</i>	35.1	28.6	41.5	36.0	28.2	43.8	30.5	19.4	41.6
<i>Familia</i>	57.6	49.5	65.7	60.7	52.8	68.6	44.0	32.3	55.7
<i>Instituciones</i>	2.8	0.6	4.9	0.7	-0.7	2.0	9.3	2.8	15.8
<i>Sin apoyo</i>	9.2	5.4	13.0	12.0	6.7	17.3	16.1	7.1	25.2
<i>Otros apoyos</i>	1.2	0.0	2.3	0.7	-0.7	2.0	1.6	-0.6	3.7
Cómo consigues dinero (%)									
<i>Amigos</i>	15.6	10.3	21.0	25.3	18.2	32.5	9.6	2.5	16.7
<i>Familia</i>	31.4	24.9	37.8	55.5	47.3	63.6	26.1	15.4	36.8
<i>Trabajo sexual</i>	53.5	43.7	63.3	17.1	10.9	23.3	10.3	2.8	17.8
<i>Casa de empeño o robo</i>	2.5	0.4	4.5	3.4	0.4	6.4	2.7	-1.4	6.8
<i>Otros</i>	12.9	7.4	18.3	14.4	8.6	20.1	59.6	47.7	71.6
Ayuda ir al médico (%)									
<i>Familia</i>	40.2	32.4	48.0	33.8	25.9	41.7	8.2	2.2	14.1
<i>Amigos</i>	25.4	19.5	31.2	12.7	7.1	18.2	29.7	18.6	40.9
<i>Sin apoyo</i>	34.4	27.9	41.0	53.5	45.2	61.8	62.1	50.7	73.6
Reveló a familia deseo de ser mujer (%)	93.9	91.9	95.9	92.7	88.5	96.9	86.5	78.2	94.8
Edad reveló deseo de ser mujer	14.6	13.7	15.5	16.9	15.4	18.4	13.0	11.6	14.3
Recibió apoyo familia (<i>entre quienes revelaron</i>) (%)	61.4	56.3	66.4	51.8	43.4	60.2	54.6	41.9	67.4

Las MT entrevistadas en CP reportan que solo el 47% recibe visitas (Tabla 12). De las que reciben visitas, el 41% reporta que la frecuencia es semanal, 29% quincenal, 14% mensual y el resto bimestral o anual.

Tabla 12- Visitas a MT en Centros Penitenciarios

Variable	%	IC 95%	
Recibe visitas	47.3	35.7	58.8
Frecuencia visitas			
<i>Semanal</i>	41.1	25.3	56.9
<i>Quincenal</i>	29.8	14.7	44.9

<i>Mensual</i>	13.9	4.1	23.7
<i>Bimestral o trimestral</i>	8.5	1.3	15.7
<i>Annual</i>	6.7	0.5	12.8

Transformaciones sexo genéricas

La mayor parte de las MT reportan que han usado hormonas en algún momento de sus vidas: 80% en SE, 91% en CEC y 77% en CP (Tabla 13). De las que han usado hormonas, en mayor porcentaje se las recomendaron amigas o parejas seguido de profesionales de salud. Destaca, como podría esperarse, que el porcentaje recomendado por personal de salud es mayor en las MT entrevistadas en CEC. Entre el 15 y 17% de MT en los tres estratos reportan haber tenido complicaciones y de las que se complicaron el 30% requirió hospitalización en SE, 26% en CEC y 38% en CP.

Tabla 13- Uso de hormonas

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Uso de hormonas	80.4	74.2	86.6	90.7	86.0	95.4	77.3	67.1	87.5
Quien las recomendó									
<i>Profesionales de la salud</i>	32.2	25.3	39.2	43.7	35.2	52.2	25.4	13.6	37.2
<i>Amigos o pareja</i>	67.4	60.3	74.4	57.0	48.6	65.5	73.0	61.0	84.9
<i>Ella con información web</i>	6.6	3.7	9.5	8.9	4.0	13.8	10.6	2.2	19.0
Complicaciones	17.2	11.5	22.9	16.9	10.5	23.3	15.3	7.0	23.5
Hospitalización (entre quienes tuvieron complicaciones)	29.8	16.1	43.5	26.1	6.7	45.5	37.6	9.9	65.2
Pagaron último año	59.1	51.1	67.0	40.3	31.9	48.7	36.9	25.0	48.9

En promedio 53% de las MT entrevistadas en SE han utilizado aceites, colágenos, polímeros o modelantes; 37% en CEC y 55% en CP; en mayor proporción en glúteos (Tabla 14). Como en el caso de hormonas, el mayor proporción se las ha recomendado amigas o pareja seguido de profesionales de salud. El 24% en SE reporta haber tenido alguna complicación y de éstas 58% requirieron hospitalización; el 29% reporta complicaciones en CEC y 50% requirieron hospitalización y estos porcentajes fueron 35% y 44% en CP respectivamente.

Tabla 14- Uso de aceites, colágeno, polímeros o modelantes

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Uso de sustancias	53.2	45.0	61.3	36.7	28.9	44.5	54.8	43.0	66.6
Sitios del cuerpo*									
Cara	23.2	13.7	32.7	14.8	5.0	24.6	28.1	13.6	42.6
Glúteos	79.8	73.1	86.5	70.4	57.8	83.0	82.7	69.3	96.0
Busto	14.4	9.5	19.3	37.0	23.7	50.3	11.1	0.6	21.5
Piernas	34.3	24.8	43.9	7.4	0.2	14.6	18.6	6.1	31.1
Caderas	19.4	13.6	25.3	22.2	10.8	33.7	24.4	11.2	37.6
Otro	1.6	-0.3	3.5	5.6	-0.8	11.9	1.4	-1.4	4.3
Quién las recomendó									
<i>Profesionales de la salud</i>	30.7	20.6	40.8	20.4	9.3	31.5	31.3	15.3	47.2
<i>Amigos o pareja</i>	69.6	60.2	78.9	74.1	62.0	86.2	66.4	50.5	82.4
<i>Ella con información web</i>	2.7	-0.3	5.6	3.7	-1.5	8.9	2.3	-2.4	7.0
<i>Otro</i>	0.5	-0.5	1.4	1.9	-1.9	5.6	0.0	0.0	0.0
Complicaciones	24.7	16.8	32.7	29.1	16.7	41.5	34.8	19.5	50.1
Hospitalización (<i>entre quienes tuvieron complicaciones</i>)	58.1	42.3	74.0	50.0	22.5	77.5	43.7	14.7	72.7
Pagaron último año	54.1	44.2	64.1	34.6	21.6	47.5	36.3	21.0	51.6

* Podían contestar más de una opción

Menor proporción de MT se ha sometido a alguna cirugía para obtener una apariencia más femenina en su vida comparado con el uso de hormonas y otras sustancias: 38% de la muestra en SE, 19% en CEC y 31% en CP (Tabla 15). En su mayoría fueron cirugías de cara o nariz o implantes de mama. En los tres estratos, entre el 62 y 70% fueron evaluadas por un médico antes de hacerse la cirugía. Entre el 70 y 80% reportan que amigos o pareja les recomendaron ir con un cirujano. En SE el 9% tuvo alguna complicación derivada de esa(s) cirugía(s); 14% en CEC y 17% en CP.

Tabla 15- Cirugías para obtener una apariencia más femenina

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Cirugías	37.6	27.5	47.8	19.3	12.9	25.7	30.9	19.7	42.1
Sitios del cuerpo*									
Cara o nariz	69.9	58.9	80.8	65.5	47.1	83.9	72.5	50.0	95.1
Implantes de glúteos	8.3	4.6	12.1	3.5	-3.6	10.5	6.8	-3.5	17.1

Lipoescultura	8.8	4.3	13.3	3.5	-3.6	10.5	10.1	-5.1	25.3
Implantes de mama	74.6	65.8	83.4	62.1	43.3	80.9	66.8	45.2	88.3
Implantes de pantorrilla	2.3	-0.6	5.2	0.0	0.0	0.0	4.1	-4.4	12.6
Vaginoplastia	7.5	2.2	12.9	10.3	-1.4	22.1	6.8	-3.5	17.1
Reducción caja torácica	5.0	0.5	9.4	0.0	0.0	0.0	4.1	-4.4	12.6
Otro	3.4	-0.2	7.0	6.9	-2.9	16.7	8.6	-5.1	22.3
Evaluación médica antes	68.3	56.5	80.1	62.1	43.3	80.9	70.0	47.2	92.9
Quien recomendó ir con cirujano									
<i>Profesionales de la salud</i>	6.4	2.1	10.8	18.5	2.9	34.2	13.6	-0.9	28.1
<i>Amigos o pareja</i>	80.5	72.0	89.0	70.4	52.0	88.8	78.8	58.8	98.9
<i>Ella con información web</i>	14.3	4.8	23.7	14.8	0.5	29.1	12.6	-3.5	28.7
Complicaciones	9.1	4.0	14.3	13.8	0.4	27.1	17.4	-1.2	35.9
Pagaron el último año	47.2	37.4	57.0	17.9	2.7	33.0	10.1	-5.1	25.3

* Podían contestar más de una opción

Uso de servicios de salud

El 30% de la MT que acuden a SE reportan haber tenido un problema de salud en el último año; de éstas, el 79% recibió atención médica. Los servicios a los que recurrieron para resolver sus necesidades de salud corresponden al 42% de servicios públicos, mientras que el 56% son servicios privados (Tabla 16). Como podría esperarse, un mayor porcentaje de MT en CEC reportó haber tenido problemas de salud (42%) y 84% recibieron atención médica en Clínica Condesa (40%), servicios públicos (38%) y servicios privados (21%). En CP el porcentaje de MT que ha tenido un problema de salud, es notoriamente más elevado (60%) y 79% recibió atención, en su mayoría en los servicios médicos de reclusorios (para las MT que afirman haber usado otro servicio fuera del CP es probable que haya ocurrido antes de entrar a la cárcel). Entre quienes tuvieron un problema de salud pero no acudieron a algún servicio, las razones más importantes en SE y CEC es que no lo consideran necesario o que se atendieron en casa. En CP, la razón principal es negación del servicio seguido de “los servicios son muy malos”, rechazo del personal de salud por ser MT y no lo consideró necesario.

Tabla 16- Problema de salud y atención médica

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Problemas de salud en el último año	30.5	24.4	36.6	42.0	34.0	50.0	60.0	48.2	71.7
Recibió atención médica (quienes presentaron problema de salud)	79.0	71.0	87.1	84.1	74.9	93.4	78.9	65.9	91.9

Servicio utilizado (quienes recibieron atención médica)									
<i>Servicios públicos de salud</i>	42.0	27.9	56.1	37.7	24.3	51.2	3.3	-1.3	7.8
<i>Clínica Condesa</i>	0.0	0.0	0.0	39.6	26.0	53.2	4.9	-0.5	10.4
<i>Servicios privados de salud</i>	56.5	41.7	71.2	20.8	9.5	32.0	0.0	0.0	0.0
<i>Servicios médicos en reclusorios</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	91.8	85.2	98.4
<i>Otros servicios médicos</i>	1.5	-1.6	4.7	1.9	-1.9	5.7	0.0	0.0	0.0
Razones de no uso									
<i>Los servicios son muy malos</i>	3.6	-4.5	11.6	0.0	0.0	0.0	21.5	-18.2	61.1
<i>Médicos y medicinas costosas</i>	2.3	-2.8	7.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Rechazo por ser MT</i>	5.0	-5.5	15.5	0.0	0.0	0.0	14.7	-21.3	50.8
<i>Negación de acceso</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	29.5	-14.7	73.6
<i>No lo consideró necesario</i>	45.8	22.9	68.7	50.0	12.3	87.7	13.5	-3.0	29.9
<i>Se atendió en casa</i>	32.9	8.5	57.2	50.0	12.3	87.7	0.0	0.0	0.0
<i>Pereza y/o desidia</i>	6.5	-7.7	20.7	0.0	0.0	0.0	6.1	0.0	0.0
<i>Otro</i>	4.1	-4.4	12.6	10.0	-12.6	32.6	14.7	-21.3	50.8

En SE, solo el 6.3% de las MT perciben que tienen VIH, lo que contrasta con la alta prevalencia de VIH, 80% reporta que no tiene y 14% no saben si tienen VIH (Tabla 17). Como es de esperarse, esta percepción en MT que acuden a la CEC es mucho más elevado: 64%. En CP 20% reportan que viven actualmente con VIH y 20% no saben. La mayor parte de las mujeres que se perciben con VIH son las MT positivas que están en tratamiento antirretroviral en Sta Martha.

Entre las que reportan tener VIH, el 52% toma antirretrovirales en SE, 94% en CEC y 80% en CP. El 58% de la MT en SE se han hecho una prueba de VIH en el último año, 93% en CEC y 44% en CP. De las que se han hecho una prueba, en SE destaca que 37% acudieron a la CEC, 22% a otros servicios públicos y 22% a servicios privados. En CEC el 94% se hizo la prueba en la CEC y en CP el 52% en los servicios médicos de reclusorios, 22% en la CEC y 18% en unidad móvil.

Tabla 17– Percepción riesgo y prueba de VIH

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Actualmente vive con VIH									
<i>Si</i>	6.3	2.6	10.0	63.8	0.6	0.7	19.8	16.6	23.1
<i>No</i>	79.6	73.8	85.4	34.2	0.3	0.4	59.8	49.2	70.3
<i>No sabe</i>	14.1	9.0	19.1	2.0	0.0	0.0	20.4	10.4	30.5
Consumen antirretrovirales	51.6	24.4	78.8	93.7	0.9	1.0	80.0	63.2	96.9

Prueba de VIH en el último año	58.1	51.2	64.9	92.6	0.9	1.0	44.2	30.2	58.2
Donde se hizo la prueba									
<i>Servicios públicos de salud</i>	21.6	14.9	28.2	2.0	0.0	0.1	2.5	-2.6	7.6
<i>Clínica Condesa</i>	37.2	27.4	47.0	94.0	0.9	1.0	21.8	3.4	40.2
<i>Unidad móvil</i>	11.6	6.6	16.7	2.0	0.0	0.1	18.2	1.3	35.0
ONG	6.2	2.0	10.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Servicios privados de salud</i>	22.2	17.1	27.2	2.0	0.0	0.1	5.4	-5.8	16.6
<i>Servicios en reclusorios</i>	0.6	-0.7	1.8	0.0	0.0	0.0	52.2	30.4	74.0
<i>Otros Servicios</i>	0.7	-0.4	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Del total de MT que se perciben con VIH, el 87% tuvo un resultado positivo en la prueba y 13% fueron negativas. De las MT que perciben que no están infectadas, el 13% tienen resultado positivo. De las que reportan que no saben, el 29% son positivas (Tabla 17a). Este problema es prácticamente inexistente en la CEC (Tabla 17b). En CP preocupa que las que contestaron que no sabían que tenían VIH, el 33% resultó infectada (Tabla 17c).

Tabla 17a- Percepción de riesgo de tener VIH por resultado de la prueba de VIH en Sitios de Encuentro

	Vive con VIH n (%)	Resultado VIH		Total
		No reactivo	Reactivo	
Si	22 (6%)	2 13%	20 87%	100%
No	284 (81%)	242 87%	42 13%	100%
No sé	44 (13%)	31 71%	13 29%	100%
Total	350 (100%)	275	75	

Tabla 17b- Percepción de riesgo de tener VIH por resultado de la prueba de VIH en Clínica Condesa

	Vive con VIH n (%)	Resultado VIH		Total
		Negativo	Positivo	
Si	95 (64%)	1 1%	94 99%	100%

No	51 (34%)	49 96%	2 4%	100%
No sé	3 (2%)	3 100%	0 0%	100%
Total	149 (100%)	53	96	

Tabla 17c- Percepción de riesgo de tener VIH por resultado de la prueba de VIH en Centros Penitenciarios

Vive con VIH n (%)		Resultado VIH		Total
		Negativo	Positivo	
Si	25 (31%)	0 0%	25 100%	100%
No	43 (54%)	39 91%	4 9%	100%
No sé	12 (15%)	8 67%	4 33%	100%
Total	80 (100%)	47	33	

El 9% de las MT en SE reportan haber recibido alguna vez servicios de uso de hormonas de la CEC, 72% las MT entrevistadas en CEC y solo 4% las MT en CP (Tabla 18). El 49% de las MT que acuden a SE reporta haber recibido servicios de PSI México, 47% en CEC y 29% en CP. Los paquetes del Fondo Global para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria han sido recibidos por 78% de las MT en SE, 73% en CEC y 31% en CP como es de esperarse porque los paquetes no se entregan en CP y las que lo recibieron fue antes de entrar a la cárcel.

Tabla 18– Servicios de atención y prevención

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Servicios hormonas CEC	9.4	3.6	15.2	71.6	64.3	79.0	4.5	-0.4	9.3
Servicios de PSI México	48.9	40.6	57.3	46.7	38.6	54.7	28.8	18.7	39.0
Veces en el último mes abordado por PSI (%)									
<i>Ninguna ocasión</i>	13.3	8.2	18.3	8.7	1.9	15.5	88.7	77.9	99.6
<i>Una vez</i>	38.2	30.2	46.3	55.1	43.0	67.1	8.6	-1.1	18.3
<i>Más de una vez</i>	48.5	40.4	56.7	36.2	24.6	47.9	2.7	-2.9	8.3

Paquete FG último año	78.2	71.9	84.5	73.3	66.2	80.5	30.9	20.0	41.9
-----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Prácticas sexuales: uso de condón y prácticas de riesgo

Los indicadores de prácticas sexuales se presentan separados entre mujeres trabajadoras sexuales y no trabajadoras sexuales porque sus comportamientos podrían ser diferentes. Se definieron MT trabajadoras sexuales a las que contestaron que intercambiar sexo por regalos o dinero es una o su fuente principal de ingresos. Todas las participantes tenían que contestar la sección de prácticas sexuales con sus parejas estables y sus parejas casuales. Las trabajadoras sexuales además, contestaron un módulo específico sobre sus prácticas sexuales con sus clientes. A diferencia de la mayor parte de las secciones del cuestionario, en este módulo hay valores faltantes en algunas variables porque las participantes escogieron como respuesta a algunas preguntas la opción de “no deseo contestar” (ver Anexo 1).

En MT no trabajadoras sexuales, la edad a la primera relación sexual es de 15 años para MT en SE, 14 para MT en CEC y 13 en CP (Tabla 20). La MT en SE tuvieron en promedio 10 parejas en el último mes; 4.6 en CEC y 1.9 en CP. De estas parejas, la proporción de parejas estables es de 27% en SE, 43% en CEC y 73% en CP^{viii}. El indicador de uso de condón se preguntó de tres diferentes formas; en la primera se mide la proporción de veces que usaron condón sobre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales. La segunda, es uso de condón en la última relación sexual, y la última es una pregunta confirmatoria donde deben mostrar si tienen a la mano un condón. Hay una diferencia importante en los resultados de estos indicadores. Tanto para parejas estables como parejas casuales, la proporción de veces que usaron condón es muy elevada: más del 90% en los tres estratos, mientras que el uso de condón en la última relación es más bajo (particularmente con parejas estables) y más cercano al indicador de comprobación. En SE el 76% llevaba un condón en el momento de la entrevista, 66% en CEC y 55% en CP. Es importante mencionar que el indicador de comprobación de uso de condón no es ideal en CEC dado que las MT van a consulta y no a encontrarse con una pareja por lo que el significado de tener disponible un condón no es el mismo que en SE.

^{viii} Este último indicador se construye de dividir el número de parejas estables entre el número de parejas sexuales en el último mes. Como estas dos preguntas vienen una después de la otra, es probable que el estimado de número de parejas estables sea razonable. Sin embargo, más adelante se pregunta cuántas de sus parejas fueron casuales o frees. Como es probable que las participantes no recuerden cuántas parejas reportaron, la suma de la proporción de parejas estables y casuales en 45% de los casos no suma 100.

Tabla 19- Prácticas sexuales con parejas estables y parejas casuales (no trabajadoras sexuales)

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%		Media/%	IC 95%	
Edad 1era relación sexual	14.9	12.4	17.3	14.3	13.3	15.4	12.8	11.6	14.0
Parejas sexuales último mes	9.7	5.4	14.0	4.6	3.2	6.0	1.9	1.4	2.4
Proporción de parejas sexuales que son estables último mes	27.1	16.9	37.4	43.1	33.4	52.8	72.6	60.0	85.3
Proporción veces uso condón PE último mes *	95.2	90.1	100.4	95.3	89.8	100.9	95.7	90.7	100.7
Condón PE última relación *	71.2	53.9	88.6	80.0	68.5	91.5	60.2	45.2	75.3
Proporción veces condón PFC último mes+	93.7	88.5	98.9	94.7	90.2	99.3	96.8	89.3	104.3
Condón PFC+ última relación	96.6	91.3	101.9	88.6	78.9	98.4	78.3	48.4	108.2
Lleva condón este momento	75.8	65.9	85.7	66.4	57.7	75.1	55.6	42.2	69.1

* PE son parejas estables, +PFC son parejas frees o casuales

En general, las MT trabajadoras sexuales iniciaron su actividad sexual a edades más tempranas que las que no se dedican al trabajo sexual: entre 12 y 13 años. Las MT que acuden a SE tuvieron en promedio 39 parejas en el último mes, 20 en CEC y 13 en CP. A pesar de que las trabajadoras sexuales contestan un módulo sobre prácticas sexuales con sus clientes, dada la estructura del cuestionario, es probable que el elevado número de parejas reportadas incluya clientes, dado que es similar al número de clientes en la última semana (Tabla 22) si se multiplicara por 4 para comparar con parejas en el último mes.

Por otro lado, cuando el uso del condón se mide por proporción de veces que lo usó, sobre las veces que tuvo relaciones con sus parejas, el uso del condón es más elevado que cuando se pregunta por el uso en la última relación en parejas sexuales, la diferencia es muy marcada en SE y CP. En SE el 84% llevaba un condón en el momento de la encuesta, 52% en CEC y 60% en CP.

Tabla 20- Prácticas sexuales con parejas estables y parejas casuales (trabajadoras sexuales)

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%	
Edad 1era relación sexual	13.3	12.8	13.9	12.1	10.7	13.5	11.6	10.2	13.0

Parejas sexuales último mes	38.7	30.3	47.1	19.7	7.7	31.7	13.3	4.6	22.1
Proporción parejas estables último mes	4.6	1.7	7.4	7.5	-2.9	17.8	29.5	5.2	53.7
Proporción veces uso condón PE último mes	88.1	79.8	96.5	87.5	47.7	127.3	92.3	74.8	109.8
Condón PE última relación	39.6	31.2	48.1	80.0	24.5	135.5	43.9	0.2	87.6
Proporción veces uso condón PFC último mes	91.9	86.2	97.5	93.7	82.1	105.3	82.6	-	303.8
Condón PFC última relación	89.4	81.5	97.2	92.3	75.6	109.1	72.6	27.4	117.7
Lleva condón este momento	84.0	72.1	95.9	52.4	29.1	75.7	60.5	35.1	85.9

* PE son parejas estables, +PFC son parejas frees o casuales

El 69% de las MT en SE son trabajadoras sexuales (reportaron que principal fuente de ingreso la obtienen de regalos o dinero a cambio de sexo), el 24% en CEC y el 30% en CP. En la última semana, en promedio tuvieron 11 clientes en SE y 7 en CEC. MT en SE y CEC reportan uso de condón con clientes de más del 95% y más bajo en CP.

Tabla 21- Prácticas sexuales con clientes (trabajadoras sexuales)

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%	
Regalos o dinero fuente principal de ingreso	69.2	59.1	79.3	23.9	14.8	33.0	29.5	17.5	41.5
No. clientes la semana pasada	10.7	8.4	13.1	7.1	3.2	10.9	7.4	4.0	10.9
No. veces sexo con clientes la semana pasada	10.8	8.3	13.2	5.3	3.8	6.8	7.6	4.1	11.0
Proporción veces uso condón con clientes	98.1	96.2	100.0	98.3	94.6	101.9	85.4	74.1	96.8
Condón última vez cliente*	97.4	95.2	99.6	95.0	84.5	105.5	100.0	.	.

*No hay variabilidad en este indicador en CP porque todas las participantes contestaron que usaron condón la última vez

Conocimientos sobre VIH e infecciones de transmisión sexual y motivación

La tabla 23 presenta las respuestas a preguntas sobre conocimientos de VIH. Destaca que alrededor del 16% de las MT en SE contestó de manera errónea que si no presenta síntomas no tiene que hacerse la prueba de VIH, 10% en CEC y 12% en CP. En general las MT conocen los beneficios de tomar antiretrovirales para personas con VIH.

Tabla 22- Conocimientos de VIH

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
El VIH se puede adquirir con picadura de mosquito									
<i>Cierto</i>	14.3	10.1	18.5	8.7	4.1	13.2	10.6	3.0	18.3
<i>Falso</i>	82.7	78.1	87.4	88.7	83.5	93.8	73.5	62.7	84.3
<i>No sabe</i>	3.0	0.8	5.1	2.7	0.1	5.3	15.9	6.9	24.9
Puedo infectarme de VIH por tener sexo aún cuando el hombre no termine dentro de mi									
<i>Cierto</i>	82.5	78.4	86.7	86.7	81.2	92.2	72.3	61.5	83.0
<i>Falso</i>	14.7	11.0	18.5	11.3	6.2	16.5	23.2	13.0	33.5
<i>No sabe</i>	2.8	1.1	4.4	2.0	-0.3	4.3	4.5	-0.9	9.9
La saliva elimina el virus del VIH									
<i>Cierto</i>	19.6	14.4	24.9	14.2	8.5	19.9	15.6	8.4	22.7
<i>Falso</i>	71.9	66.1	77.7	78.4	71.7	85.1	75.7	66.2	85.2
<i>No sabe</i>	8.5	5.6	11.3	7.4	3.2	11.7	8.8	1.9	15.7
Si tengo VIH tomar anti-retrovirales me ayuda a vivir más y mejor									
<i>Cierto</i>	92.4	88.8	96.0	95.3	91.9	98.7	89.4	81.4	97.5
<i>Falso</i>	5.1	2.7	7.5	3.4	0.4	6.3	6.9	0.2	13.5
<i>No sabe</i>	2.5	0.8	4.3	1.3	-0.5	3.2	3.7	-1.4	8.9
Si tu pareja tiene VIH y tu también no es necesario usar condón en las relaciones sexuales									
<i>Cierto</i>	28.9	21.8	35.9	14.0	8.4	19.6	28.7	17.9	39.4
<i>Falso</i>	66.9	59.8	73.9	84.0	78.1	89.9	63.2	51.5	74.8
<i>No sabe</i>	4.3	1.8	6.8	2.0	-0.3	4.3	8.2	1.1	15.2
Si no tienes ningún síntoma, no es necesario hacerse la prueba de VIH									
<i>Cierto</i>	16.3	10.3	22.3	10.0	5.1	14.9	11.8	5.4	18.2
<i>Falso</i>	83.0	76.9	89.2	89.3	84.3	94.3	85.3	78.3	92.3
<i>No sabe</i>	0.7	-0.3	1.7	0.7	-0.7	2.0	2.9	-0.5	6.3

Tabla 23- Motivación

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
No me hago la prueba de VIH porque prefiero no saber si vivo con el virus									
Totalmente en desacuerdo	23.3	17.9	28.8	40.0	32.1	47.9	20.6	11.0	30.2
En desacuerdo	49.8	43.1	56.5	44.0	36.0	52.0	43.3	31.4	55.1
De acuerdo	19.3	14.1	24.5	10.7	5.7	15.7	25.7	15.5	36.0

Totalmente de acuerdo	7.6	3.3	11.9	5.3	1.7	9.0	10.4	3.0	17.9
Es peligroso inyectarse aceites y otras sustancias									
Totalmente en desacuerdo	5.2	2.1	8.3	2.0	-0.3	4.3	5.5	-0.3	11.2
En desacuerdo	8.9	5.4	12.5	6.0	2.2	9.9	7.1	1.5	12.8
De acuerdo	56.6	51.0	62.2	53.7	45.6	61.8	62.3	51.0	73.7
Totalmente de acuerdo	29.3	25.1	33.6	38.3	30.4	46.2	25.1	15.1	35.1
La belleza cuesta y hay que arriesgar									
Totalmente en desacuerdo	8.4	4.9	11.9	12.7	7.3	18.1	2.1	-0.9	5.1
En desacuerdo	19.4	13.1	25.7	30.7	23.2	38.1	18.0	9.5	26.6
De acuerdo	47.7	39.9	55.5	45.3	37.3	53.4	57.2	45.5	68.9
Totalmente de acuerdo	24.4	18.2	30.7	11.3	6.2	16.5	22.7	12.8	32.6
Entre más grandes sean mis bubis y mis caderas más voy a ganar									
Totalmente en desacuerdo	13.5	9.7	17.4	25.0	17.9	32.1	13.0	5.4	20.7
En desacuerdo	43.8	38.1	49.4	41.9	33.9	49.9	43.0	31.1	54.9
De acuerdo	30.4	24.4	36.3	26.4	19.2	33.5	34.2	23.0	45.5
Puedo vivir con VIH y ser saludable									
Totalmente en desacuerdo	5.1	1.9	8.4	2.7	0.1	5.3	2.2	-0.9	5.3
En desacuerdo	18.3	12.7	23.8	6.7	2.7	10.8	15.1	5.8	24.3
De acuerdo	58.3	52.6	64.0	67.1	59.5	74.8	70.0	59.2	80.8
Totalmente de acuerdo	18.3	13.5	23.0	23.5	16.6	30.4	12.8	7.0	18.5
Puedo vivir con VIH y ser bella									
Totalmente en desacuerdo	3.9	1.5	6.4	0.0	0.0	0.0	2.2	-1.0	5.3
En desacuerdo	19.8	14.4	25.2	7.4	3.1	11.6	13.0	4.5	21.5
De acuerdo	57.2	51.3	63.1	67.8	60.2	75.4	70.3	59.5	81.1
Totalmente de acuerdo	19.1	15.3	22.9	24.8	17.8	31.9	14.5	7.2	21.8
Si viviera con VIH podría seguir trabajando como lo hago ahora									
Totalmente en desacuerdo	7.2	2.9	11.5	1.4	-0.5	3.3	12.2	4.4	20.1
En desacuerdo	28.5	22.4	34.6	8.2	3.7	12.7	21.9	11.8	31.9
De acuerdo	50.4	43.4	57.4	63.0	55.1	70.9	54.6	42.7	66.4
Totalmente de acuerdo	13.9	10.0	17.8	27.4	20.1	34.7	11.3	5.4	17.3
Si fuera positiva mis amigos y mi familia me seguiría apoyando y amando									
Totalmente en desacuerdo	7.1	4.1	10.1	5.8	1.8	9.7	7.3	1.5	13.2
En desacuerdo	17.0	12.3	21.8	17.3	10.9	23.6	20.8	10.8	30.8
De acuerdo	56.6	50.9	62.2	52.5	44.1	60.9	53.0	41.1	64.8
Totalmente de acuerdo	19.3	15.8	22.8	24.5	17.2	31.7	18.9	9.8	28.0
Cuando me gusta mucho un hombre es posible que no use condón									
Totalmente en desacuerdo	25.1	17.6	32.6	32.4	24.7	40.1	23.2	13.2	33.2
En desacuerdo	49.5	42.4	56.6	51.0	42.8	59.3	49.7	37.6	61.7
De acuerdo	23.6	18.2	28.9	13.1	7.6	18.7	23.6	13.3	33.9
Totalmente de acuerdo	1.8	0.3	3.4	3.5	0.4	6.5	3.6	-0.9	8.0
Yo soy quien decido si uso o no condón con cualquier persona									

Totalmente en desacuerdo	4.5	1.8	7.2	6.0	2.2	9.9	1.6	-0.7	3.9
En desacuerdo	7.7	4.4	11.0	11.4	6.3	16.6	12.5	4.7	20.3
De acuerdo	60.2	52.8	67.7	55.0	47.0	63.1	57.2	45.9	68.5
Totalmente de acuerdo	27.6	20.7	34.5	27.5	20.3	34.8	28.7	18.5	38.8
Me siento capaz de brindar información correcta sobre temas de salud									
Totalmente en desacuerdo	2.3	0.6	3.9	0.7	-0.7	2.0	5.2	0.3	10.2
En desacuerdo	15.0	10.4	19.5	13.5	7.9	19.1	19.9	10.0	29.8
De acuerdo	60.0	52.4	67.5	62.2	54.3	70.1	58.0	46.2	69.7
Totalmente de acuerdo	22.8	17.2	28.4	23.7	16.7	30.6	17.0	8.1	25.8

Estigma y discriminación

El 67% de las MT que acuden a SE han sentido rechazo/exclusión o discriminación alguna vez en su vida, el 79% de las MT en CEC y 79% en CP. Las razones más comunes son: por ser una persona transgénero, transexual o travesti; por ser trabajadora Sexual y por su apariencia física. La etapa de la vida en la que más comúnmente lo sintieron fue en la adolescencia. Las formas más mencionadas de esta discriminación corresponden a la violencia verbal, aislamiento y la violencia física.

Tabla 24- Estigma y discriminación, razones y formas

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%	
Rechazo/exclusión/discriminación alguna vez	67.1	62.1	72.1	78.7	72.0	85.3	79.5	70.6	88.3
Rechazada/excluida/discriminada por									
Ser TTT	95.4	91.7	99.1	92.4	87.5	97.2	94.1	89.6	98.5
Vivir con VIH	2.2	0.1	4.2	8.5	3.4	13.6	11.7	6.9	16.5
Apariencia física	31.5	19.8	43.3	20.3	13.0	27.7	53.7	40.0	67.3
Trabajadora sexual	38.4	26.0	50.8	10.2	4.6	15.7	52.4	38.9	65.9
Usaria de drogas	8.1	4.1	12.0	4.2	0.6	7.9	31.4	18.6	44.2
No tener dinero	12.0	5.8	18.3	2.5	-0.3	5.4	33.3	20.5	46.2
Otros	0.1	-0.2	0.4	0.9	-0.8	2.5	4.3	-1.1	9.7
Etapas de la vida en que sintió el rechazo/exclusión/discriminación									
Infancia	22.1	16.7	27.6	9.3	4.0	14.7	28.7	16.1	41.2
Adolescencia	44.4	35.1	53.8	31.4	22.9	39.9	35.1	21.9	48.3
Adulto	15.5	10.0	21.0	18.6	11.5	25.8	24.1	13.1	35.1
Adulto mayor	0.2	-0.2	0.7	0.0	0.0	0.0	1.0	-1.0	2.9
Siempre, toda la vida	12.4	6.5	18.4	34.8	26.0	43.5	9.0	0.8	17.2
Formas de rechazo/exclusión/discriminación									

Aislamiento	24.3	18.1	30.4	31.4	22.9	39.9	33.1	20.4	45.9
Amenazas	7.2	2.0	12.4	12.7	6.6	18.8	18.2	8.1	28.3
Violencia física	21.9	15.2	28.7	26.3	18.2	34.3	33.8	20.8	46.8
Violencia sexual	10.9	5.5	16.3	13.6	7.3	19.8	12.2	3.7	20.7
Negación de algún servicio de salud	7.1	2.9	11.4	9.3	4.0	14.7	7.3	-0.2	14.9
Negación de trabajo	8.7	3.6	13.8	20.3	13.0	27.7	10.9	2.5	19.2
Desalojo de viviendas	2.3	0.1	4.4	3.4	0.1	6.7	8.5	1.5	15.6
Violencia verbal	75.3	68.9	81.8	77.1	69.4	84.8	74.3	63.2	85.5
Otras maneras	0.4	-0.4	1.1	0.9	-0.8	2.5	0.0	0.0	0.0

De las MT que han sentido rechazo/exclusión o discriminación alguna vez en la vida, reportan con mayor frecuencia haber sido discriminadas por la policía (custodios en caso de CP y otros servidores públicos), la sociedad en general, familiares, amigos y compañeros de la escuela.

Tabla 25- Quienes discriminan*

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Personal de salud	7.4	3.4	11.4	11.9	5.9	17.8	17.8	7.8	27.8
Policía	33.4	26.2	40.6	24.6	16.7	32.5	20.6	10.5	30.8
Custodios	6.1	2.9	9.4	6.8	2.2	11.4	44.8	31.0	58.5
Otros servidores públicos	13.5	8.4	18.6	18.6	11.5	25.8	30.7	17.9	43.5
Miembros de la iglesia	5.2	2.6	7.8	13.6	7.3	19.8	3.1	-0.4	6.6
Periodistas	1.7	-0.4	3.7	4.2	0.6	7.9	0.0	0.0	0.0
Amigos	25.3	15.8	34.8	27.1	19.0	35.3	27.9	16.0	39.7
Familiares	29.0	20.6	37.4	34.8	26.0	43.5	32.3	19.5	45.1
Compañeros de la escuela	21.2	14.5	28.0	31.4	22.9	39.9	13.3	3.9	22.7
Maestros	7.3	4.0	10.7	13.6	7.3	19.8	2.7	-1.2	6.5
Empleador	8.7	3.4	14.0	20.3	13.0	27.7	9.6	1.0	18.2
Casero	10.7	5.9	15.6	5.9	1.6	10.3	9.3	1.3	17.3
Sociedad en general	39.0	31.5	46.4	34.8	26.0	43.5	37.6	24.4	50.9

* Contestan todas las que apliquen

En SE, 15% de las mujeres que han sentido alguna vez rechazo/exclusión/discriminación ha hecho alguna denuncia, 7% en CEC y 21% MT de CP. La instancia a la que más denuncian es el ministerio público y la Comisión de Derechos Humanos. En SE y CEC, la falta de tiempo y no querer hacerlo fueron las razones más comunes para no denunciar. En CP el no querer hacerlo y percibir que no pasa nada si se hace la denuncia fueron las razones principales. En SE, el 30% desconoce la

existencia de la COPRED o la Comisión de Derechos Humanos del DF, así como, el 24% en CEC y 37% en CP.

Tabla 26- Estigma y discriminación: denuncias y conocimientos de instancias

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Han denunciado	15.4	7.6	23.1	6.8	2.2	11.4	21.1	9.8	32.4
Instancias en las que denunció									
Ministerio Público	47.5	34.6	60.3	62.5	19.2	105.8	33.4	0.1	66.6
Juez Cívico	1.4	-1.6	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Policía	6.6	-2.0	15.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Comisión Derechos Humanos	30.4	15.5	45.3	37.5	-5.8	80.8	57.4	21.8	93.0
COPRED	6.7	-3.7	17.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otros	7.4	-2.0	16.9	0.0	0.0	0.0	4.6	-5.7	14.9
Razones de no denuncia									
Desconocimiento	19.3	9.4	29.2	23.6	15.6	31.7	26.6	13.0	40.2
No quisieron hacerlo	25.6	15.2	36.1	24.6	16.4	32.7	36.3	21.1	51.5
No saben como hacerlo	13.6	7.8	19.5	8.2	3.0	13.4	6.0	0.6	11.4
No pasa nada	2.9	0.6	5.2	7.3	2.3	12.2	25.6	12.5	38.8
Falta de tiempo	37.1	25.6	48.7	30.9	22.1	39.7	0.0	0.0	0.0
Conoce las siguientes instancias									
COPRED	3.2	-0.7	7.1	10.1	5.2	15.1	0.9	-0.9	2.6
CDHDF*	46.3	39.9	52.7	33.1	25.4	40.8	39.3	27.8	50.8
Ninguna de las anteriores	30.3	23.1	37.6	23.7	16.7	30.6	36.6	25.2	48.0
Ambas	20.2	14.3	26.0	33.1	25.4	40.8	23.3	13.8	32.7

*Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Uso de sustancias y medicamentos

La tabla 27 presenta los resultados de la distribución de sustancias consumidas sin prescripción médica en las MT alguna vez en la vida y en el último mes. El uso de tabaco y bebidas alcohólicas están incluidas porque pese a que estas sustancias son de consumo y venta libre para mayores de edad generan dependencia y son factores de riesgo para la salud.

En general, el consumo de sustancias es más alto en la población de MT en CP. El 84% de las MT que asisten a SE han consumido tabaco alguna vez en su vida y el 71% lo ha consumido alguna vez en el último mes. Estos porcentajes son 87% y 54% respectivamente en CEC, y 92% y 72% en CP.

Alrededor del 94% de MT en los tres estratos han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; es decir 17 puntos porcentuales por arriba de la población entre 18 y 65 años (77.1%) de acuerdo a lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2011²². El consumo en el último mes es 77% en SE, 60% en CEC y 9% en CP, este último valor es más bajo porque no hay acceso a estas bebidas en reclusorios. El consumo de alcohol en el último mes en SE y CEC es mayor al reportado por la ENA (55.7%) para una población en el mismo rango de edad que la muestra. Una revisión sistemática sobre conductas de riesgo en población MT de los Estados Unidos reporta una prevalencia (media ponderada) de uso de alcohol del 43.7%. Respecto a sustancias y medicamentos no prescritos por médicos, se observa que en SE las MT han consumido alguna vez en su vida con mayor frecuencia las siguientes sustancias: cocaína (50%), cannabis (47%), inhalables (28%), poppers (20%), anfetaminas (19%), tranquilizantes (18%) y en menor frecuencia de consumo: alucinógenos (5%), Viagra® (3%) y opiáceos (2%). El consumo de estas sustancias en el último mes se mantiene igual en frecuencia para el cannabis y la cocaína, con el 27%, inhalables, anfetaminas y tranquilizantes con un (10%) y poppers (9%); las sustancias con menor frecuencia de consumo corresponde a los alucinógenos, Viagra® y opiáceos que no supera el 1% dentro la población de MT.

En la CEC se aprecian las siguientes frecuencias de consumo alguna vez en la vida: cannabis (53%), cocaína (47%), tranquilizantes (26%) inhalables (22%), poppers (21%) y anfetaminas (12%); en menor frecuencia de consumo, alucinógenos (9%), Viagra® (5%) y opiáceos. El consumo de alguna vez en el último mes, corresponde a cannabis (11%), cocaína (9%), tranquilizantes (9%) inhalables (6%), y en menor frecuencia de consumo poppers y anfetaminas, alucinógenos, opiáceos y Viagra®. En CP, la frecuencia de consumo de sustancias alguna vez en su vida es: cannabis (68%), cocaína (61%), tranquilizantes (39%) inhalables (46%), poppers (27%) y anfetaminas (26%), y en menor frecuencia de consumo: alucinógenos (7%), opiáceos (6%) y Viagra® (4%). En el último mes tenemos: cannabis (55%), cocaína (27%), tranquilizantes (25%) inhalables (23%), y en menor frecuencia, anfetaminas (6%), poppers, opiáceos y alucinógenos, sin reportes de consumo de Viagra®.

De acuerdo a la tabla 27, para el conglomerado de la CEC se reportan prevalencias muy inferiores al resto de la muestra. Valdría la pena investigar la razón de esta disparidad, ya que es probable que las pacientes sub-reportaran su consumo debido al contexto médico en el que fueron encuestadas; aunque no podemos descartar que pudiera tratarse de un grupo bien diferenciado del resto. Al comparar estos datos con la prevalencia acumulada reportada en la ENA del 2011 encontramos diferencias sustantivas. Mientras que en la población urbana entre 12 y 65 años se reporta que el 6.5% ha consumido alguna vez en su vida cannabis, la prevalencia promedio de esta muestra es de 56%. La tendencia se replica en el caso de la cocaína y los inhalables, ya que para la población

urbana en el mismo rango de edad se reporta una prevalencia acumulada de 3.6% para cocaína y 1.1% para inhalables; en tanto que el promedio para esta muestra fue de 53% y 32% respectivamente.

Tabla 27– Uso de sustancias

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%	
Tabaco									
Alguna vez en su vida	84.4	78.8	90.0	86.7	81.2	92.2	92.2	86.0	98.4
Alguna vez en el último mes	71.1	66.3	75.8	54.0	45.9	62.1	77.2	68.3	86.0
Bebidas alcohólicas									
Alguna vez en su vida	93.7	90.7	96.8	94.0	90.2	97.8	92.6	87.3	98.0
Alguna vez en el último mes	77.5	71.1	83.9	60.0	52.1	67.9	9.3	2.1	16.5
Cannabis									
Alguna vez en su vida	47.2	39.4	55.1	53.3	45.3	61.4	67.8	57.0	78.6
Alguna vez en el último mes	27.0	19.7	34.2	10.7	5.7	15.7	55.5	44.3	66.7
Cocaína									
Alguna vez en su vida	49.7	42.8	56.6	47.3	39.3	55.4	60.7	49.5	71.8
Alguna vez en el último mes	27.3	20.8	33.9	8.7	4.1	13.2	26.7	16.1	37.4
Anfetaminas/estimulantes									
Alguna vez en su vida	19.2	13.0	25.5	12.0	6.7	17.3	26.4	15.7	37.2
Alguna vez en el último mes	9.7	5.0	14.4	2.7	0.1	5.3	6.1	0.3	12.0
Inhalables									
Alguna vez en su vida	27.6	19.3	36.0	22.0	15.3	28.7	45.8	34.8	56.8
Alguna vez en el último mes	19.2	9.7	28.7	6.0	2.2	9.8	23.1	12.8	33.4
Tranquilizante/pastilla dormir									
Alguna vez en su vida	18.1	14.4	21.9	26.0	18.9	33.1	38.6	27.0	50.1
Alguna vez en el último mes	9.9	7.6	12.1	8.7	4.1	13.2	24.7	14.5	34.9
Alucinógenos									
Alguna vez en su vida	4.8	2.3	7.4	8.7	4.1	13.2	6.5	0.4	12.6
Alguna vez en el último mes	1.3	0.0	2.6	0.7	-0.7	2.0	2.6	-1.4	6.7
Opiáceos									
Alguna vez en su vida	2.3	0.7	3.9	2.7	0.1	5.3	6.1	0.3	12.0
Alguna vez en el último mes	0.8	-0.4	2.0	0.0	0.0	0.0	3.5	-0.9	7.9
Poppers									
Alguna vez en su vida	19.7	13.5	25.9	21.3	14.7	28.0	26.7	16.5	37.0
Alguna vez en el último mes	9.1	5.1	13.1	3.3	0.4	6.2	3.4	-0.9	7.7
Viagra®									
Alguna vez en su vida	3.4	1.5	5.3	4.7	1.3	8.1	3.7	-1.4	8.9
Alguna vez en el último mes	0.8	-0.2	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Salud Mental

La sección de salud mental tiene cinco preguntas que incluyen síntomas de depresión, ansiedad, control de la conducta (motivación), control emocional y el afecto positivo en general. El supuesto teórico ideal sugiere una puntuación mayor o igual que 80. En el estudio de validación del SF-36 en población general mexicana²³, se reportó una puntuación de 79.9 para el dominio de Salud Mental. En esta encuesta, la puntuación más alta, se observó en los SE pero existe una diferencia del 15% respecto

a población general (Tabla 28). Y el promedio más bajo se observó en las mujeres encuestadas en los CP que demostraron una puntuación 28% menor que la población general. En la CEC se mantuvo la diferencia de 18% respecto a la población general.

Tabla 28– Salud mental

Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
Media (DE)	IC 95%		Media (DE)	IC 95%		Media (DE)	IC 95%	
64.8 (22.2)	62.6	66.9	61.5 (20)	58.3	64.3	52.3 (22.7)	47.8	57.7

Ansiedad

Se refiere a la sensación de malestar asociada a la percepción exagerada de amenaza por eventos futuros. En el consenso de la elaboración SF-36 consideraron que la expresión somática de la ansiedad es el rasgo distintivo, específicamente la dificultad para mantenerse tranquilo. Alrededor del 84% de las MT encuestadas en CP, el 75% CEC y el 72% de los SE, reportaron sintomatología ansiosa. De acuerdo con datos publicados sobre trastornos mentales en población general²⁴, el 14.3% de los estudiados experimentaron de sintomatología ansiosa alguna vez en su vida. Al contrastar estos datos, podemos apreciar que en promedio hay un porcentaje mucho más alto de ansiedad en las MT encuestadas, que en la población general mexicana.

Tabla 28.a– Ansiedad

	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Siempre	13.7	10.3	17.7	8.7	10.3	13.3	22.6	13.1	31.4
Casi siempre	10.0	7.0	13.1	10.7	7.0	16.0	16.7	9.5	25.0
Muchas veces	9.7	6.6	13.1	10.7	6.6	16.0	13.1	6.0	21.4
Algunas veces	37.9	33.2	43.3	46.0	33.2	53.3	32.1	22.6	42.9
Casi nunca	11.4	8.2	14.8	8.7	8.2	13.3	6.0	1.2	10.7
Nunca	17.1	13.4	21.1	15.3	13.4	21.3	9.5	3.6	16.7

Desmotivación

La desmotivación es la dificultad para iniciar, procesar y controlar secuencias conductuales orientadas a una meta (o metas). Este síntoma puede estar asociado a alteraciones del estado de ánimo y también se ha reportado en algunos trastornos asociados a conductas disruptivas. Respecto al control conductual, el 27% de las encuestadas en CP reportó mayor desmotivación, vs. el 17% de la CEC que reportaron el síntoma.

Tabla 28.b– Desmotivación

	Sitios de encuentro			Clínica Condessa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Siempre	4.3	2.3	6.6	4.7	1.8	8.0	9.5	3.6	16.7
Casi siempre	6.6	4.0	9.1	6.0	2.7	10.0	11.9	5.5	18.3
Muchas veces	6.8	4.3	9.7	6.7	3.3	10.7	4.8	.0	9.5
Algunas veces	29.9	25.6	35.0	44.0	36.0	52.7	42.9	32.9	54.8
Casi nunca	19.1	15.1	23.5	18.7	12.7	25.3	15.5	8.3	23.0
Nunca	31.9	26.8	37.3	20.0	14.0	26.9	15.5	7.9	22.6

Auto-control

Se trata de una habilidad cognitiva relacionada con la planeación conductual, la ejecución y auto-monitoreo de conductas, así como la flexibilidad mental necesaria para cambiar de plan o conducta, si la ejecución actual no ha dado resultados adecuados (esperados). Desde el punto de vista operacional, el autocontrol sería la antítesis de la impulsividad. Aproximadamente el 63% de las encuestadas en SE y el 40% de los CP reportaron un mayor control conductual (menor impulsividad).

Tabla 28.c– Auto-control

	Sitios de encuentro			Clínica Condessa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Siempre	29.9	25.1	34.5	18.7	12.0	24.7	20.2	11.9	28.6
Casi siempre	21.4	17.4	25.6	21.3	14.7	28.7	13.1	6.0	20.2

Muchas veces	12.0	8.8	15.4	17.3	11.3	24.0	7.1	2.4	13.1
Algunas veces	22.8	18.8	27.4	31.3	24.7	39.3	32.1	21.4	42.9
Casi nunca	7.4	4.6	10.4	6.7	3.3	11.3	14.3	7.1	22.6
Nunca	5.7	3.4	8.3	4.0	1.3	7.3	13.1	6.0	21.4

Tristeza

Se refiere al abatimiento general de la persona y la presencia de pesimismo, desesperanza y desamparo. Se considera a la tristeza como el síntoma inicial y cardinal de los trastornos del estado de ánimo. La tristeza es un síntoma que se reportó en más del 65% de las encuestadas. La mayor proporción se observó en los CP y en CEC.

Tabla 28.d– Tristeza

	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Siempre	3.1	1.4	4.8	4.7	1.3	8.7	8.3	2.4	14.3
Casi siempre	7.7	5.0	10.3	6.7	2.7	10.7	11.9	4.8	20.2
Muchas veces	12.8	9.4	16.5	14.7	9.3	20.7	8.3	3.6	13.5
Algunas veces	39.3	33.9	44.7	50.0	42.7	58.7	54.8	44.0	66.7
Casi nunca	16.5	12.5	20.5	11.3	6.7	11.3	8.3	2.4	15.5
Nunca	20.2	16.0	24.8	12.7	8.0	18.7	8.3	2.4	15.5

Afecto positivo

Se refiere a la sensación de emociones positivas (o calientes, según las nuevas teorías del desarrollo neuropsicológico) y a la facilidad de poderlas expresar a otras personas del entorno. Más del 90% de las MT en CEC reportó una mayor sensación de bienestar subjetivo contra el 20% de los CP que informaron una ausencia del afecto positivo.

Tabla 28.e– Afecto positivo

	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	

	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Siempre	35.0	29.9 40.3	23.3	16.7 30.7	25.0	16.7 34.9		
Casi siempre	19.1	15.1 23.2	26.0	18.0 33.3	17.9	9.5 27.4		
Muchas veces	14.8	11.3 18.3	15.3	10.0 21.3	6.0	1.2 11.1		
Algunas veces	23.4	18.8 27.9	26.0	19.3 33.3	31.0	21.4 41.7		
Casi nunca	4.8	2.6 7.1	8.0	4.0 12.7	11.9	6.0 19.0		
Nunca	2.3	.9 4.0	1.3	.0 3.3	8.3	2.4 15.5		

Antecedentes de suicidio

La tabla 29 muestra el comportamiento suicida dentro de las MT. Se interrogó pensamientos, planeación e intentos suicidas en la vida, y en el último año sólo para los intentos. Se observó que en los CP hubo mayor frecuencia de pensamientos suicidas alguna vez en la vida (56.8%), seguido de la CC (39.3%) y los SE (28.1%). Estas frecuencias de pensamiento suicida en la vida contrastan enormemente con la reportada para la población mexicana general del 8.3%, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2007²⁵. Sin embargo, para la planeación hubo una mayor frecuencia en la CC (24.0%), seguido de los CC (17.3%) y SE (9.7%), que también están muy por encima de la población general del 3.2%.

Respecto a los intentos suicidas en la vida se observó una mayor frecuencia del 30.1% en los CP, seguido del 21.3% en la CC y del 14.9% en SE. Nuevamente, estas frecuencias superan por mucho la correspondiente a la población general del 2.8% (ENEP, 2007). De estas MT, en la CC y en SE la mayoría sólo realizó un intento en su vida (50.0 y 43.3%, respectivamente), mientras que en CP el 49.1% realizó más de dos intentos suicidas. En los tres estratos, la mayoría de las MT reportaron que en el primer intento suicida sólo la suerte las salvó de no llegar a consumarlo (CC=62.5%, SE=58.1% y CP=51.8%).

El reporte de intentos suicidas en el último año fue de 33.9% para CP, 29.8% en SE y 25.0% en CC. Es importante nuevamente recalcar que la frecuencia de intento(s) suicida(s) en el último año en los tres estratos, fue mucho mayor que la reportada por la ENEP para la población general mexicana (0.6%). Aquí cabe destacar que la mayoría de las MT (SE=60.8%, CC=56.7%, CP=46.3%) no desearon contestar si tuvieron algún daño físico, debido al (los) intento(s) suicida(s) en el último año previo a la encuesta, lo que limita el conocimiento acerca de las probables secuelas, inmediatas o mediatas, que pudieron haber tenido derivados de los intentos suicidas. Sin embargo, de aquellas que dijeron que sí

tuvieron un daño físico derivado del intento suicida, en SE el 100% tuvo atención hospitalaria, en CP el 83.6% y en CC el 50.0%. Finalmente, en los tres estratos la mayor frecuencia de método de intento en el último año fue con una navaja (SE=35.1%, CP=22.4%, CC=22.2%); sin embargo, como método de suicidio en segundo lugar ya se encuentran diferencias, siendo el ahorcamiento de 19.6% en SE, la sobredosis de medicamentos no controlados de 18.6% en CP, y otro método (p. Ej. arrojarse a las vías del metro) de 22.2% en la CEC.

Tabla 29– Antecedentes de suicidio

Variable	Sitios de encuentro			Clínica Condesa			Centros Penitenciarios		
	Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%	
Pensamiento suicida en la vida	28.1	23.9	32.3	39.3	31.4	47.2	56.8	45.1	68.5
Edad 1era vez pensamiento									
<18 años	47.0	35.1	58.9	47.5	34.3	60.6	52.2	36.3	68.1
>18años	53.0	41.1	65.0	52.5	39.4	65.7	47.8	32.0	63.7
Plan suicida en la vida	9.7	7.0	12.3	24.0	17.1	30.9	17.3	8.8	25.8
Edad 1era vez plan									
<18 años	58.9	46.0	71.9	41.7	24.8	58.6	51.0	21.4	80.6
>18años	41.1	28.1	54.0	58.3	41.4	75.3	49.0	19.4	78.6
Intento suicida en la vida	14.9	11.1	18.7	21.3	14.7	28.0	30.1	19.3	40.9
Veces intento									
1 intento	43.3	27.3	59.3	50.0	31.7	68.3	32.5	10.7	54.4
2 intentos	23.7	8.5	39.0	9.4	-1.3	20.1	18.4	0.3	36.4
>2 intentos	33.0	18.5	47.6	40.6	22.6	58.6	49.1	25.5	72.7
Edad 1era vez intento									
<18 años	50.0	27.0	73.0	31.3	5.7	56.8	69.8	41.8	97.8
>18años	50.0	27.0	73.1	68.8	43.2	94.3	30.2	2.2	58.2
Objetivo 1era vez intento									
Intento serio, la suerte la salvó	58.1	32.7	83.4	62.5	35.9	89.1	51.8	20.8	82.8
Intento matarse, sabía que método fallaría	19.0	3.0	35.0	18.8	-2.7	40.2	34.0	5.8	62.3
Intento como petición de ayuda, no quería morir	23.0	-1.6	47.5	18.8	-2.7	40.2	14.2	-3.9	32.3
Intento suicida último año	29.8	14.5	45.0	25.0	9.1	40.9	33.9	11.8	55.9
Daño físico o intoxicación									
Sí	16.9	5.4	28.4	26.7	9.9	43.5	40.7	18.3	63.2

<i>No</i>	22.3	9.6	35.0	16.7	2.5	30.8	13.0	-0.1	26.0
<i>No deseo contestar</i>	60.8	47.1	74.6	56.7	37.9	75.5	46.3	25.6	67.1
Hospitalización por intento	100.0	.	.	50.0	-41	141.9	83.6	.	.
Método intento suicidio									
<i>Navaja, sobredosis medicamento controlado, drogas, aborcamiento, y otros</i>	4.8	-5.7	15.2	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<i>Navaja y drogas</i>	8.7	-10	27.9	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<i>Navaja y aborcamiento</i>	7.4	.	.	0.0	0.00	0.00	15.06	0.00	0.00
<i>Navaja</i>									
<i>Sobredosis medicamentos controlados o no, y aborcamiento</i>	35.1	8.3	61.8	22.2	0.0	0.0	22.4	.	.
<i>Sobredosis medicamentos controlados o no</i>	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Sobredosis medicamentos controlados</i>	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Sobredosis medicamento no controlado, veneno, arrojar, y otros</i>	9.9	-8.2	28.0	11.1	-14	36.7	9.3	.	.
<i>Sobredosis medicamento no controlado</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.1	0.0	0.0
<i>Drogas</i>	7.4	0.0	0.0	11.1	-14	36.7	18.6	0.0	0.0
<i>Aborcamiento</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.3	-16.5	35.2
<i>Abogarse</i>	19.6	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	10.2	0.0	0.0
<i>Arrojarse</i>	5.3	-6.2	16.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Otro</i>	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Conclusiones

Entrevistamos a 585 MT, 351 en 21 sitios de encuentro de la Ciudad de México y su Zona Metropolitana; 150 MT en la Clínica Condesa y 84 en cuatro Centros Penitenciarios del Distrito Federal (Santa Martha, Reclusorios Norte, Sur y Oriente). La encuesta tuvo dos componentes: un cuestionario aplicado sobre características sociodemográficas, problemas de salud más importantes y estigma y discriminación y toma de muestra para medición de prevalencia de VIH. La tasa de respuesta promedio en la encuesta en los tres sitios fue de 84%, siendo la más alta la respuesta en CEC (99%), seguida de SE (89%).

La edad promedio de las participantes oscila entre 31 y 37 años en los tres estratos. La mayor parte nació en el DF seguido del Estado de México y Veracruz. Entre el 10 y 13% han migrado alguna vez a los Estados Unidos. El grado de escolaridad es diferente en cada estrato: en la CEC, el 44% tiene preparatoria o estudio superiores, 32% en SE y 14% en CP. El grado de escolaridad es más bajo que la población de HSH en SE en donde encontramos que el 70% tiene preparatoria o estudios superiores⁷. El 12% que acuden a SE, 11% en CEC y 29% en CP reportan haber vivido alguna vez en la calle. En SE y CEC, entre 11 y 25% declararon haber estado alguna vez en la cárcel. La ocupación principal en SE es el trabajo sexual (62%), en CEC son actividades relacionadas con belleza (37%) y trabajo sexual (14%) ocupa el tercer lugar y en CP el trabajo sexual (28%) es la ocupación principal. En general, las características sociodemográficas muestran que las MT que acuden a la CEC tienen un mayor nivel socioeconómico (dados los resultados descriptivos en escolaridad, posesión de bienes, vivienda, situación de calle) que las de SE y CP siendo las mujeres en CP las de menor nivel socioeconómico.

Uno de los hallazgos más importantes de esta encuesta es la alta prevalencia de VIH en la población de MT. La prevalencia de VIH en SE es de 20%, similar a la obtenida en el Valle de México en la encuesta de HSH del 2011⁷. En CP la prevalencia es de 32%, más elevada que en SE probablemente porque se trata de una población de mayor riesgo y con mayor probabilidad de haberse infectado antes de entrar a la cárcel dado que la prevalencia de VIH y la exposición en CP es menor que en SE. El porcentaje de mujeres positivas en CEC del 64% no debe interpretarse como la prevalencia de VIH en la Clínica Trans dado que las pacientes seropositivas acuden a la Clínica con mayor frecuencia y fueron invitadas a participar en la encuesta. De cualquier forma, es importante realizar actividades de prevención en las mujeres trans negativas de la CEC. Los resultados encontrados en SE son similares a los reportados en un meta-análisis publicado en 2012 con información disponible de Estados Unidos, países de Asia, Latinoamérica y Europa, que muestra una prevalencia promedio conjunta de todos los estudios de 19.1% [IC 95% 17.4-20.7]⁶.

La elevada prevalencia de VIH en SE, contrasta con que solo el 6% de la población de MT en SE percibe que actualmente vive con VIH. De las que reportan que no viven con VIH, el 13% están infectadas y de las que no saben si lo están, el 29% tuvo un resultado positivo a la prueba. Estas cifras muestran que hay un elevado porcentaje de MT que no conocen su estatus y por tanto se pierde la oportunidad de que inicien tratamiento de manera oportuna o que sean monitoreadas frecuentemente. Como es de esperarse, este problema no existe en la CEC. En CP, preocupa que 33% de las MT que no saben si tienen VIH, tuvieron un resultado positivo. Estos hallazgos muestran la urgente necesidad de tener un programa de detección integral disponible para la población de MT que no acude a los servicios regulares.

Encontramos que entre el 77 y 91% de la MT en los tres estratos ha usado hormonas alguna vez en su vida, y que entre el 15 y 17% han tenido complicaciones derivadas de su uso. Entre el 37 y 55% han usado aceites, colágenos, polímero o modelantes y de éstas mujeres entre el 25 y el 35% han tenido alguna complicación. En términos de cirugías para obtener una figura más femenina encontramos que entre el 19 y 38% de las participantes reportaron haberse realizado una cirugía y en promedio entre 9 y 17% sufrieron alguna complicación. Destaca que para cualquier transformación, las complicaciones son más frecuentes en la población de MT en CP. En la Ciudad de México, no hay acceso a servicios de salud especializados (tercer nivel) para atender complicaciones por cirugías y uso de modelantes. Las estadísticas muestran la necesidad de incorporar a los servicios integrales de salud asesoría para uso de hormonas y uso de sustancias para moldear los cuerpos, así como mejorar el acceso a los servicios de salud cuando estas transformaciones generan complicaciones.

Encontramos que el 30% de MT que acuden a SE presentaron un problema de salud, 42% en CEC y 60% en CP. De las que reportaron un problema de salud, 80% en SE recibieron atención médica, 84% en CEC y 79% en CP. Resalta que más de la mitad de las MT que acuden a SE que presentaron un problema de salud, recibieron atención médica en servicios privados y de las que no acudieron a un servicio una tercera parte reporta haberse atendido en su casa. La proporción de MT que tuvo un problema de salud en SE es similar a los resultados de la encuesta de HSH, pero la proporción que recibió atención médica es menor en trans (80% vs 88%).

Las MT en SE tuvieron en promedio 10 parejas en el último mes; 4.6 en CEC y 1.9 en CP. El número de parejas sexuales en SE es mucho más elevado que en la población de HSH que reporta en promedio 2.5 parejas en el último mes. Las MT trabajadoras sexuales en SE (69% de la muestra) tuvieron en promedio 11 clientes en la última semana; en CEC (24% de la muestra) 7 clientes y en CP (29% de la muestra) 7 clientes. Los indicadores de uso de condón utilizados en esta encuesta muestran diferencias importantes. El indicador basado en proporción de veces que ha usado condón respecto a las veces que ha tenido relaciones con sus parejas es excesivamente elevado, alrededor del 90%, poco creíble dada la alta prevalencia de VIH, esto se puede deber a que relacionan el no uso de condón como un comportamiento de riesgo para adquirir VIH, por la alta exposición que han tenido, por lo que más que podrían estar reportando la norma social y no el comportamiento. El uso de condón en la última relación, y el porcentaje de MT que en el momento de la encuesta tenían un condón son más parecidos, pero la validez de estos indicadores deberán probarse en otros análisis cuando se estudie la correlación con otros indicadores como probabilidad de tener un resultado positivo en prueba de VIH y otros comportamientos de riesgo.

Encontramos que el 67% de las MT que acuden a SE han sentido rechazo/exclusión o discriminación alguna vez en su vida, el 79% de las MT en CEC y 79% en CP. La percepción de estigma y discriminación en SE es más elevada que la reportada por la población de HSH (56%). De las MT que han sentido rechazo/exclusión o discriminación alguna vez en la vida, reportan con mayor frecuencia haber sido discriminadas por la policía (custodios en caso de CP y otros servidores públicos), la sociedad en general, familiares, amigos y compañeros de la escuela. Destaca que los más altos porcentajes de discriminación son por parte de familiares. Esto hace necesario desarrollar una estrategia en la que por un lado personal de salud, policías, custodios y servidores públicos sean sensibilizados en el tema y por otra parte la población ubica los espacios libres de transfobia.

En uso de sustancias, la prevalencias de consumo alcohol, cannabis, cocaína e inhalables fue mayor que en la población general mexicana. Alrededor del 94% de MT en los tres estratos han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; es decir 17 puntos porcentuales por arriba de la población entre 18 y 65 años. La frecuencia de consumo de cannabis alguna vez en su vida que es de 56% en MT contrasta con la de la población urbana general mexicana que es de 6.5%. Para la población urbana en el mismo rango de edad se reporta una prevalencia acumulada de 3.6% para cocaína y 1.1% para inhalables; en tanto que la frecuencia para esta muestra fue de 53% y 32% respectivamente.

La sección de salud mental tiene cinco preguntas que incluyen síntomas de depresión, ansiedad, control de la conducta (motivación), control emocional y el afecto positivo en general. Encontramos que el promedio más bajo se observó en las mujeres encuestadas en los CP que demostraron una puntuación 28% menor que la población general. La puntuación más alta se observó en los SE, 15% menor comparando con la población general mexicana. En la CEC se encontró una diferencia de 18% respecto a la población general.

En **comportamiento suicida** se interrogó por pensamientos, planeación e intentos suicidas en la vida, y en el último año sólo para los intentos. Respecto a los **intentos suicidas** en la vida se observó una mayor frecuencia del 30.1% en los CP, seguido del 21.3% en la CC y del 14.9% en SE. Estas frecuencias superan la correspondiente reportada para la población general del 2.8%.

Los hallazgos de esta encuesta serán de gran utilidad para hacer visible la problemática de salud y discriminación de la población de MT en la Ciudad de México y para diseñar políticas de prevención acorde a sus necesidades. Dado el desconocimiento de su estatus de VIH, los resultados muestran la urgencia de tener programas de detección de VIH integrales y disponibles para que puedan iniciar tratamiento de manera oportuna aquellas que lo necesiten. Las elevadas percepciones de estigma y

discriminación resaltan la necesidad de sensibilizar a personal de salud, custodios y otros servidores públicos para reducir esta problemática. Además, es crucial que la población de MT tenga acceso a servicios relacionados con transformaciones sexo-genéricas que sean de calidad para evitar complicaciones derivadas de su uso. Finalmente, las elevadas prevalencias de uso de sustancias y problemas de salud mental muestran la urgencia de atender estos padecimientos en esta población.

Esta encuesta pone el precedente para estudiar a la población de MT en otras ciudades del país en donde las condiciones, el entorno y sus necesidades pueden ser diferentes.

Anexo 1- Respuestas “no deseo contestar” sección prácticas sexuales

Preguntas cuestionario	Indicador	Respuestas “no deseo contestar”
En el último mes, ¿con cuántos hombres has tenido relaciones con penetración anal?	Parejas sexuales en el último mes	55
En el último mes, ¿aproximadamente cuántas veces tuviste relaciones sexuales con tu pareja o todas tus parejas estables	Veces uso de condón en el último mes con parejas estables (%)	76
De esas, ¿cuántas tú o tu(s) pareja(s) usaron condón desde el inicio hasta al final de la relación sexual?		
En el último mes, ¿aproximadamente cuántas veces tuviste relaciones sexuales con tu pareja o todas tus parejas fress	Veces uso de condón en el último mes con parejas casuales o frees (%)	10
De esas, ¿cuántas tú o tu(s) pareja(s) usaron condón desde el inicio hasta al final de la relación sexual?		

Referencias

- ¹ Estrada-Montoya, J.H, y García-Becerra, A (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Revista de Gerencia, Política y Salud Colombia*. 9 (18): 90-102.
- ² Davenport, Hazel (2006). Las vulnerabilidades de la Eva refundada. Riesgos del VIH en la población de mujeres transgenéricas y transexuales. EN: SIDA: Aspectos de Salud Pública. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA-CENSIDA. México
- ³ Rodríguez-Madera y Toro-Alfonso (2003). Gender as an Obstacle in HIV/AIDS Prevention: Considerations for the Development of HIV/AIDS Prevention Efforts for Male-to-Female Transgenders. *Internacional Journal of Transgenderism* Vol. 8, No. 2/3, 2005, pp. 113-122.
- ⁴ Parrini-Roses, Rodrigo y Ospina-Escobar, Angélica (2011). Vidas en tránsito: Entendiendo las oportunidades y las motivaciones para la promoción de la salud sexual entre mujeres transgénero trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. *Population Services Internacional PSI/México*. Documento inédito.
- ⁵ van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW, Baral S, Grulich A. (2009). *The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men*. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 4: 300-307
- ⁶ Baral S.D., Poteat T., Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. (2012) Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013 Mar;13(3):214-22.
- ⁷ Centro Nacional para la Prevención y Control de SIDA. (2009). El VIH/SIDA en México 2009. CENSIDA.
- ⁸ Clínica Condesa. Sistemas de Información SIDA-Condesa 2013.
- ⁹ Bautista-Arredondo S. Colchero MA. Sosa Rubí SG, Romero M, Conde C. (2012). Resultados principales de la encuesta de sero-prevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres. Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. 3(3).
- ¹⁰ Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. (2012). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *ClinEndocrinol(Oxf)*, 72:214–231.
- ¹¹ Clements-Nolle K, Marx R, Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*, 51:53–69.
- ¹² Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *Am J Public Health*, 91:915– 921.
- ¹³ Simoni JM, Safren SA, Manhart LE. (2010). Challenges in addressing depression in HIV research: assessment, cultural context, and methods. *AIDS Behav*, 15(2):376-88.
- ¹⁴ American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV). Fourth Edition, ed. Washington.
- ¹⁵ Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Langstrom N., Landén M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2):e16885.

-
- ¹⁶ Grossman AH, D'Augelli AR. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *J Homosex*, 51:111-128.
- ¹⁷ Bockting WO, Robinson BE, Rosser BRS. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10:505–526.
- ¹⁸ National Institute on Drug Abuse. (2006). HIV/AIDS: How Does Drug Abuse Impact HIV/AIDS Epidemic? *Research Reports*. 06-5760.
- ¹⁹ Guadamuz TE, Wimonasate W, Varangrat A, Phanuphak P, Jommaroeng R et al. (2006). HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS Behav*. 15(3):650-8.
- ²⁰ Bowers JR, Branson CM, Fletcher J, Reback CJ. (2011). Differences in substance use and sexual partnering between men who have sex with men, men who have sex with men and women and transgender women. *Cult Health Sex*, 13(6):629-42.
- ²¹ The Measure Evaluation Project (2005) Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE): A Manual for Implementing the PLACE Method. Available at: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-05-13>
- ²² Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Moreno-López, M., Oliva-Robles, N., Bustos-Gamiño, M., y otros. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35, 447-457.
- ²³ Zúñiga, A.M., Carrillo, J.G.T., Fos, P.J., Gandek, B. y Medina, M.R.M. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex*, 41, 110-118
- ²⁴ Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, M.C., Benjet, C., Blanco, J.J., Fleiz B.C., Villatoro V.J., Rojas G.E., Zambrano, R.J., Casanova R.L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16
- ²⁵ Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J., & Walters, E. (2005). Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28 (2), 40-47.