

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Transfobia, violencia, estrés percibido, apoyo social y su relación con las conductas de riesgo para la infección por el VIH entre mujeres transgénero en Tijuana, México”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

Kristian J. Salas Espinoza

DIRECTOR

Dr. Rufino Menchaca

Tijuana, B.C, Noviembre, 2014

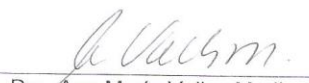
Tijuana, Baja California, a 21 de Marzo del 2014.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Transfobia, violencia, estrés percibido, apoyo social y su relación con las conductas de riesgo para la infección por el VIH entre mujeres transgénero en Tijuana, México”**, elaborada por el C. Kristian Jesús Salas Espinoza, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dra. Ana María Valles Medina
Sinodal

C.c.p. Archivo

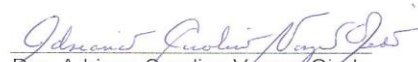
Tijuana, Baja California, a 18 de Marzo del 2014.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Transfobia, violencia, estrés percibido, apoyo social y su relación con las conductas de riesgo para la infección por el VIH entre mujeres transgénero en Tijuana, México”**, elaborada por el C. Kristian Jesús Salas Espinoza, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dra. Adriana Carolina Vargas Ojeda
Sinodal

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 21 de Marzo del 2014.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada **“Transfobia, violencia, estrés percibido, apoyo social y su relación con las conductas de riesgo para la infección por el VIH entre mujeres transgénero en Tijuana, México”**, elaborada por el C. Kristian Jesús Salas Espinoza, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Rufino Menchaca Díaz
Director de Tesis

C.c.p. Archivo

Dedicatoria

A Lluvia, Violeta, Bibiana, Samantha, a todas aquellas y cada una de las mujeres transgénero quienes se aventuraron a explorar otras experiencias, otras maneras de expresar su identidad, enfrentando el estigma, el sistema, la discriminación, la exclusión social y han sido objeto de violencia extrema que cortaron sus vidas, proyectos, ideales y sueños.

Agradecimientos

AIDS International Training Research Program (AITRP)

Fogarty International Center

University of California in San Diego (UCSD)

Universidad Autonoma de Baja California

Division of Global Public Health

Dra. Steffanie A. Strathdee.

Dr. Rufino Menchaca

Dra. Eileen Pipitan

Dra. Ana María Valles

RESUMEN

A pesar de los crecientes niveles de infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en México se sabe poco acerca de las experiencias sexuales y los riesgos entre mujeres transgénero. Para este estudio se recolectaron datos a través de pruebas de detección de VIH y entrevistas en una muestra de mujeres transgénero para identificar la prevalencia del VIH, conductas de riesgo, violencia, transfobia, apoyo social y estrés percibido. De 100 participantes el 22% fueron VIH positivas, 45% con diagnóstico reciente de infección por VIH, el 19% de las participantes reportaron conductas de alto riesgo en el último mes, el 75% informó haber ejercido el trabajo sexual en su vida y el 66% de las participantes lo ejercen actualmente. Se examinó la correlación de las relaciones anales sin protección (RASP) y la condición de VIH+, ni RASP o condición de VIH+ estuvieron estadísticamente significativamente asociados con: la transfobia, la violencia, el apoyo social o el estrés percibido. Aunque muchas de las participantes han sido víctimas de violencia, en promedio se reportan bajos niveles de transfobia y estrés percibido. Estos datos podrían ser utilizados para diseñar programas de intervenciones pertinentes y eficaces y para contribuir al desarrollo de políticas de salud pública en México dirigidos a la comunidad transgénero.

Abstract

Despite the rising levels of HIV infection among men who have sex with men (MSM) in México less is known about the sexual experiences and risks among Male To Female (MTF) transgender individuals. For this study HIV testing and interview data were obtained from a sample of MTF transgenders to identify HIV prevalence, risk behaviors, violence, transphobia, social support and perceived stress, of 100 participants 22% were HIV positives 45% were newly diagnosed with HIV infection, 19% of participants reported high-risk behaviors in the past month, 75% who reported sex work in their lifetime and 66% of participants are currently in sex work. correlates of Unprotected anal intercourse (UAI) and HIV+ status were examined, neither UAI or HIV+ status were statistically significantly associated with: Transphobia, Violence, Social support or Perceived stress. Although many of the participants have experienced violence, on average they report low levels of transphobia and perceived stress. These data could be used to design relevant and effective intervention programs and to help develop public health policies in Mexico targeted towards the MTF transgender community.

Índice

ANTECEDENTES.....	01
JUSTIFICACIÓN	05
OBJETIVOS	06
HIPOTESIS.....	06
METODOLOGIA.....	07
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	20
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	24

ANTECEDENTES

Transgénero es un término para las personas cuya identidad de género, expresión o comportamiento es diferente de las que normalmente se asocian con el sexo asignado al nacer, incluyendo pero no limitado a transexuales, travestis y personas no conformes con su género. Para efectos de este estudio, el término transgénero se utiliza para las personas que han nacido como hombres, sin embargo, se identifican como mujeres. Las personas transgénero quieren ser reconocidas y tratadas como mujeres, independientemente de la etapa de transición que presenten, ya sea por terapia hormonal y/o cirugía (1). El término transexual se aplica a las personas que alteren o desea modificar sus cuerpos a través de las hormonas o la cirugía con el fin de hacer que coincida con su identidad de género, a diferencia del término travesti, que es considerado despectivo (2). Sin embargo, la población en general tiende a generalizar entre individuos dentro del grupo mediante la categorización como "transgénero" o TRANS sin relación con el grado de feminización externo alcanzado o deseado por aquellas en el grupo (3). El término transgénero puede ser nuevo, y posiblemente desconocido incluso para las personas que expresan atributos del sexo opuesto. Es importante tener en cuenta que la terminología utilizada para definir la identidad transgénero pueden ser diferente o puede no usarse de forma similar (o no se utiliza en absoluto) por personas de diferentes grupos raciales, étnicos y culturales (4).

Los datos recientes sobre la prevalencia de la transexualidad en la población general varían según la región o el país. En los Estados Unidos, la prevalencia se estima Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (1987) a 1/30, 000 (nacido) hombres y 1 100 /, 000 (nacido) mujeres. En Holanda (1993), 1/11, 900 (nacido) hombres y 1/30, 400 (nacido) mujeres se estimaron como transexuales (5). La discrepancia entre las estimaciones estadounidenses y holandesas pueden estar relacionadas con

diferentes categorizaciones, la disponibilidad de atención relacionadas a las necesidades y disposición de servicios de salud para transexuales y/o que tan cómodas (os) se sienten las personas transgénero de revelar su identidad entre cada país (6). En México, no existen datos publicados sobre la prevalencia de la transexualidad.

Existe una creciente preocupación sobre los crecientes niveles de infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en México y los EE.UU., sin embargo, poco se sabe acerca de las experiencias sexuales y los riesgos entre mujeres transgénero (7, 8). Las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan a la infección por el VIH las mujeres transgénero a menudo son muy diferentes a los HSH (8). El estigma y la discriminación por parte de los potenciales empleadores está asociada con una mayor probabilidad de las mujeres transgénero a recurrir al trabajo sexual cuando otras fuentes de ingresos no están disponibles (9), lo que las pone en un mayor riesgo de contraer el VIH y otras ITS (7). Las mujeres transgénero a menudo no son consideradas en el diseño de programas y campañas de prevención del VIH (8).

Las mujeres transgénero asocian la construcción de la identidad femenina con la falta de autonomía para tomar sus propias decisiones sobre su propio cuerpo, en esta construcción social, guiada por la dominación masculina. Esta estructura social y la inequidad de género es compartida por un gran número de mujeres transgénero, lo que aumentan su vulnerabilidad y el riesgo de infección y transmisión de las ITS y el VIH(10).

En Estados Unidos, varios estudios han sugerido una alta infección por VIH entre mujeres transgénero. En cuatro estudios que analizan la infección por VIH entre mujeres transgénero se estimó que la proporción las que resultaron VIH-positivas oscila entre 16% al 68% (11). Entre las mujeres transgénero el mayor

porcentaje de recién diagnosticadas por la infección por VIH fueron las afroamericanas (4,4%) y las hispanas (2,5%) (12). En México específicamente, existe una prevalencia del VIH del 15.95% entre mujeres transgénero (13) siendo el 2012 la primera vez que se estudia a este grupo por separado de los HSH, aun cuando desde el 2008 en la conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en México, se propuso considerar a las transgénero como un grupo separado de HSH por la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, la notificación obligatoria de los sistemas de salud tanto con la vigilancia, estudios epidemiológicos o de comportamiento y de las intervenciones de promoción y prevención (14).

Las mujeres transgénero con frecuencia están expuestas a la violencia, abuso sexual y el acoso en la vida cotidiana, principalmente a causa de la transfobia (15). La transfobia se define como el prejuicio social y el estigma contra las personas transgénero que con frecuencia experimentan en contextos familiares, comunitarios y sociales. Las agresiones físicas y sexuales, la violencia es perpetrada por varios individuos, entre ellos, desconocidos, conocidos, compañeros, familiares y la policía (16). Las personas transgénero también pueden enfrentarse riesgo adicional asociada con la etnia y la cultura, y pueden sentir que violan las normas culturales y familiares sobre los roles de la masculinidad, religiosos, familiares y sociales (17).

El estigma social puede dificultar el acceso a oportunidades de educación, empleo y vivienda. En un estudio llevado a cabo en San Francisco, reporta que las personas transgénero son más propensas que las mujeres heterosexuales o los HSH a vivir en viviendas transitorias y han completado menos años de educación(12). La discriminación puede ayudar a explicar por qué las mujeres transgénero sufren graves dificultades económicas llevando a cabo actividades de alto riesgo, incluyendo el trabajo sexual, para satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia y procedimientos costosos asociados con la transición

de género(12, 18). El estigma social también puede explicar por qué algunas mujeres transgénero tienen relaciones sexuales anales receptivas sin protección con sus parejas y clientes. Los datos cualitativos sugieren que algunas mujeres transgénero temen el rechazo sexual de su pareja o necesitan reafirmar su género y acceden a tener relaciones sin protección (10, 12).

El estigma, la discriminación, la violencia, el aislamiento, la depresión y la baja autoestima aumentan el riesgo de contraer VIH, como el uso de drogas y alcohol y el trabajo sexual. Para las mujeres transgénero, el estigma, la discriminación, la violencia y el trabajo sexual las hacen más vulnerables a la infección por el VIH (19).

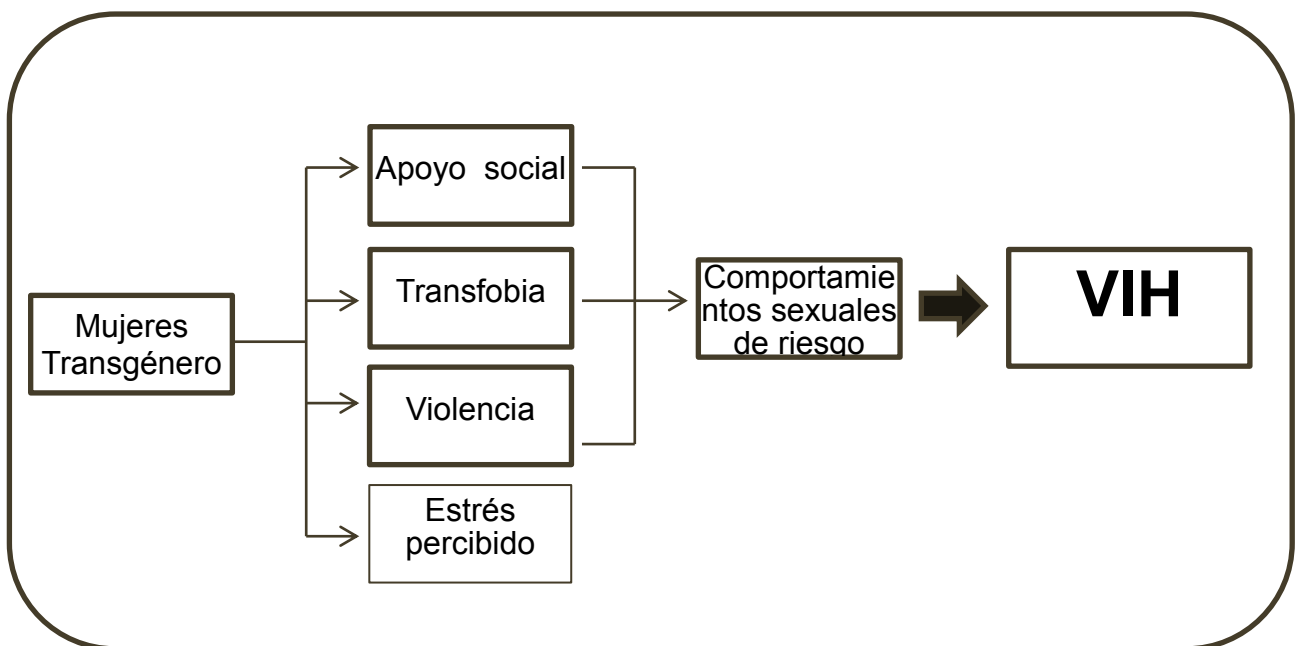
La violencia, el apoyo social y el estrés, la transfobia han sido poco estudiados como posibles factores asociados a las conductas de riesgo de VIH entre las mujeres transgénero en México. En estudios realizados en los Estados Unidos de América han demostrado como el estigma y discriminación aumenta las tasas de infección por VIH entre las personas transgénero (20).

La falta de reconocimiento legal para las personas transgénero obstaculiza el acceso a los servicios médicos y el empleo (21), un claro atentado a su expresión de identidad de género que las expone a ser víctimas de cualquier tipo de violencia y limitando sus oportunidades de empleo e ingresos (21).

JUSTIFICACIÓN:

La mayoría de las intervenciones de prevención del VIH se centran en el cambio de comportamiento individual, pero no se han enfocado en los factores de riesgo ambientales, como la violencia, el apoyo social, el estrés y la transfobia que las personas transgénero experimentan. Por lo tanto, la probabilidad de éxito de la reducción de daños se reduce al no tener en cuenta estos factores exógenos. Estos datos podrían ser utilizados para el diseño de programas de intervención pertinente y eficaz y contribuir al desarrollo de políticas de salud pública en México dirigidos a la comunidad transgénero. A pesar de que estas personas son a menudo invisibles, están sin embargo en un alto riesgo de contraer VIH.

Diagrama 1: Mapa conceptual de Hipótesis del contagio de VIH en Mujeres transgénero.



OBJETIVOS DE ESTUDIO:

Objetivo 1: Identificar la exposición a la violencia, el apoyo social, el estrés y la transfobia en mujeres transgénero que residen en Tijuana, México.

Objetivo 2: Identificar los comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión del VIH entre mujeres transgénero que residen en Tijuana, México.

Objetivo 3: Examinar la relación entre la violencia, el apoyo social, el estrés y la transfobia y las conductas de riesgo de VIH entre mujeres transgénero que residen en Tijuana, México.

HIPÓTESIS: Las mujeres transgénero que experimentan menos apoyo social, altos niveles de violencia, estrés y transfobia serán más propensas a presentar mayores conductas sexuales de riesgo ante el VIH (sexo anal sin protección).

METODOLOGÍA:

Lugar y tipo de estudio

Este enfoque de estudio es un diseño de corte transversal, los datos se recogen en una única vez a través de una entrevista individual con un cuestionario estructurado y la extracción de sangre mediante una punción en el dedo para la prueba rápida de detección de anticuerpos de VIH, en Tijuana, Baja California.

Tijuana Se encuentra a 170 km al oeste de la capital estatal, Mexicali, y 110 km al norte de Ensenada, Tijuana es la ciudad fronteriza más poblada de Baja California, México, con una población estimada de 1,559,683 lo cual representa cerca de la mitad de la población total de Baja California (22), sin embargo casi la mitad de los habitantes son nacidos fuera del estado. La región fronteriza de Tijuana-San Diego es la frontera más transitada del mundo con más de 55.5 millones de gente cruzando, según reportes del 2012 (23).

Población de estudio:

Para efectos de este estudio, el término mujeres transgénero se utiliza para las personas que nacieron con el sexo fenotípico hombre, sin embargo, se identifican como mujeres. Los criterios de inclusión para que potenciales participantes fueran incluidas en el estudio incluyeron características basadas en criterios diagnósticos para la disforia de género del DSM-IV-TR que incluyeron el identificarse desde hace al menos seis meses con el sexo contrario al de su nacimiento, tener el sentimiento de haber nacido en el cuerpo equivocado, haber modificado o planear modificar su cuerpo con cirugía u hormonas para obtener la apariencia del sexo contrario, tener preferencia por los roles femeninos identificados con el sexo contrario, sentir molestia significativa por la presencia de pene y/o testículos (24). Se excluyeron a

mujeres y hombres cisgénero (no transgénero), hombres cisgénero homosexuales, travestis que se identificaban como hombres.

Entre enero y febrero del 2013, se logró entrevistar a 100 mujeres transgénero en Tijuana, Baja California, mediante muestreo de ubicación en tiempo, método recomendado para poblaciones difíciles de alcanzar (25), En Tijuana las mujeres transgénero tienden a reunirse o congregarse en ciertos lugares, estos sitios fueron identificados de forma previa en la ciudad. Todas las participantes del estudio tenían 18 años o más, vivían en Tijuana y proporcionaron su consentimiento informado antes de la recolección de los datos.

El tamaño de muestra calculado es de 100 sujetos en Tijuana, para estimar la prevalencia de la violencia en los sujetos transgénero MTF, considerando una prevalencia esperada del 50% (para maximizar el tamaño de la muestra), un alfa de 0,05, dos colas, con una precisión del 10% .

Variables y recolección de datos

La variable dependiente en este estudio fue prácticas sexuales de riesgo para el contagio de VIH con parejas sexuales primarias, ocasionales y clientes, se generó una variable dicotómica para aquellas que presentaron prácticas sexuales de riesgo.

Se examinaron a detalle los siguientes seis variables independientes, para correlacionarlas entre las que reportaron y no reportaron conductas sexuales de riesgo con parejas sexuales primarias, ocasionales y clientes:

- Datos sociodemográficos (Nemoto T. et al. 2004) : Edad, orientación sexual, recursos (ayuda legal, consejería, atención médica, etc.).
- Violencia: utilizando una adaptación de la escala táctica de conflicto (Murray A. 1979) que consta de 14 ítems, 7 sobre violencia experimentada alguna vez en la vida y 7 en violencia experimentada en el último mes con frecuencias de 0 a más de 20 veces. Ejemplo: ¿Alguien ha utilizado alguna vez la fuerza física para forzarte a tener relaciones sexuales?
- Transfobia: Se utilizó una adaptación de la escala de estigma en HSH (Torsten B. et al. 2007) que consta de 10 ítems que miden la percepción de las experiencias transfobia causada por vivir como mujer en entornos familiares, institucionales y sociales. Se pidió a las participantes responder mediante una escala de probabilidad de 5 puntos (muy poco probable a muy probable). Ejemplo: “Temo ser golpeada por ser transgénero”.
- Apoyo social: La escala de apoyo social (Sarason I. et al. 1987) que consta de 12 ítems, cada ítem consta de dos partes: en la primera parte la participante menciona una lista de individuos que están disponibles para ella en busca de ayuda bajo circunstancias o situaciones específicas y en la segunda, se pide a la participante que califique el grado de satisfacción con el apoyo disponible. Cada circunstancia o situación permite a la participante nombrar una lista de hasta nueve personas.
- Estrés percibido: La escala de estrés percibido (Cohen S. 1994), consistió en una escala de 10 ítems para medir la percepción de estrés

en sus vidas, se les pidió a las participantes responder mediante una escala de frecuencia de 5 puntos (0 = nunca a 4 = muy a menudo).

- Seropositividad a VIH: A través de una prueba rápida de detección de anticuerpos al VIH 1 y 2, con una punción en el dedo para la extracción de sangre.

Las participantes fueron entrevistadas cara a cara, la entrevista fue conducida por dos entrevistadores entrenados en las instalaciones de Centro de Servicios SER, A.C., una organización civil, cuya misión es proveer servicios de calidad para la promoción y el cuidado de la salud sexual de grupos vulnerados en la Zona Fronteriza, una vez ahí el entrevistador se reunió con la participante en una habitación privada para la determinar la elegibilidad a través de un cuestionario estructurado (anexo 1). De ser elegible, el entrevistador explicaba los objetivos y procedimientos del estudio y el proceso de consentimiento informado.

Tras el firmado del formulario de consentimiento informado se procedió con la entrevista y la aplicación de la prueba rápida en una habitación privada, Una vez concluido el proceso se les dio a las participantes un incentivo de \$20.00 dólares. Aquellas participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión se les ofreció estrategias de prevención de VIH, condones, lubricantes y su participación en el estudio se dio por terminada.

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), campus Tijuana (anexo 3).

Después de completar la encuesta, la participante fue asesorada sobre el procedimiento de la prueba como lo marca el Centro para el Control y

Prevención de Enfermedades (CDC) para la prueba del VIH en adultos en entornos de atención sanitaria (26), la consejería incluyó, formas de transmisión del VIH y cómo se podía prevenir, el significado de los resultados, donde podía obtener otros servicios, incluidos el tratamiento para el VIH. Las participantes fueron informadas que sus resultados de las pruebas rápidas estarían disponibles durante la misma visita, se informó que una prueba confirmatoria será necesaria si los resultados de las pruebas rápidas era reactiva (positiva). Después de completar el asesoramiento previo, se procedió a la toma de muestra de sangre. por medio de una punción del dedo. Esta muestra se analizó mediante la prueba del laboratorio LAFON una prueba rápida de anticuerpos de VIH-1 y 2. Según la información del producto tiene una especificidad y sensibilidad del 100% (hoja técnica de la prueba rápida en anexo 2). Todos los procedimientos se ajustaron a las precauciones universales para el uso de material infeccioso y residuos para el descarte (NOM-087-ECOL-SSA1-2002).

De resultar la primera prueba rápida reactiva una segunda prueba rápida fue realizada de acuerdo con la norma NOM-010-SSA2-2010, a través de una nueva muestra de sangre para ser analizada bajo el mismo procedimiento que la primera muestra.

El entrevistador comunicó los resultados directamente a la participante en persona en una habitación privada. Los resultados se comunicaron de acuerdo con la normativa vigente de acuerdo con la norma NOM-010-SSA2-2010. Si ambas pruebas rápidas fueron reactivas, la participante fue asesorada sobre la necesidad de pruebas confirmatorias y las opciones de tratamiento. Aquellas que tuvieron una prueba no reactiva (negativa), se les reforzó estrategias de prevención del VIH.

Análisis estadístico

Se realizó análisis de frecuencias, medias, rangos mínimos y máximos y desviaciones estándar de las variables sociodemográficas como ingreso, grado escolar, edad, años de residencia en Tijuana, etc. Se registraron medias y desviaciones estándar para las variables continuas (prácticas sexuales de riesgo, transfobia, estrés percibido y apoyo social) y para la variable categórica (violencia) se registraron frecuencias y proporciones, se compararon medias y entre los grupos con la prueba de t de student y razón de momios con intervalo de confianza de 95% y valor de p. Se aceptó como valor estadístico con $p \geq 0.05$. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17 para Windows.

RESULTADOS:

Se logró contactar a 150 mujeres transgénero en los diferentes sitios identificados de congregación en la ciudad, más de 20 mujeres transgénero no aceptaron participar en el estudio argumentando no querer hacerse la prueba rápida de detección de VIH y algunas de ellas no estuvieron interesadas en participar, sólo se excluyeron a dos trabajadoras sexuales, tres HSH y dos mujeres usuarias de drogas, al final se entrevistaron a 100 mujeres transgénero, los resultados se presentan a continuación.

94% (94) de las participantes nacieron fuera de Baja California, los tres estados más reportados fueron Guerrero 17% (17), Sinaloa 16% (16), Sonora 12% (12) y 2% (2) de las participantes nacieron fuera de México.

La media de edad fue de 32 años (rango = 19 a 52 años) con una desviación estándar de 8.03. 45% (45) reportaron haber completado la educación secundaria, 23% (23) la educación primaria y 22% (22) el bachillerato. Las principales fuentes de ingresos en los últimos seis meses fueron 55% (55) trabajo sexual y 31% (31) tienen trabajo de tiempo completo, la media de ingresos mensuales en el último mes fue de \$430.00 dólares americanos (rango= \$0 a \$1,900.00 dólares) con una desviación estándar de 4489.510, 57% (57) viven en una casa o un departamento de alquiler, 18% (18) viven en una casa en la que no pagan renta y 17% (17) viven en un motel. Las identidades de géneros auto reportados más frecuentes fueron 33% (33) transgénero, 24% (24) mujeres y 21% (21) travesti. Sólo una de las participantes había pasado a través de la cirugía de reasignación de sexual, 91% (91) se sienten atraídas sexualmente hacia los hombres, 8% (8) hacia hombres y mujeres y 1% (1) a ninguno.

Tabla 1: Infecciones sexualmente transmitidas diagnosticadas por un médico en el último año y tratamiento recibido.

Infección	Diagnosticada n (%)	Tratamiento n (%)
Sífilis	10 (10%)	10 (100%)
Hepatitis C	3 (3%)	2 (66.7%)
Herpes	2 (2%)	2 (100%)
VIH	12 (12%)	10 (83%)

En cuanto a infecciones de transmisión sexual, las encuestadas declararon padecer o haber padecido sífilis, Hepatitis C, Herpes y VIH (ver tabla No. 1)

90% (90) de las participantes se ha realizado al menos una vez en su vida la prueba de detección de VIH, la mayoría de las participantes que nunca se habían hecho la prueba de detección de VIH, 10% reportaron no habérsela realizado por qué no les interesaba saber su estatus ante el VIH. 12% (12) reportaron ser VIH+ de las cuales 83% (10) recibían tratamiento en ese momento en CAPASITS Tijuana.

52% (52) de las participantes informaron no haber tenido parejas sexuales primarias en los últimos seis meses, 43% (43) reportaron haber tenido una, 5% (5) reportaron haber tenido dos o más parejas sexuales primarias y el 53% (28) dijeron que mantenían su pareja sexual primaria en el último mes.

La media de parejas sexuales ocasionales fue de 2.95 en los últimos seis meses, con una desviación estándar de 5.00. la media de parejas sexuales ocasionales en el último mes fue 1.28 con una desviación estándar de 1.65.

75% (75) de las participantes informaron haberse dedicado alguna vez al trabajo sexual, la edad media de inicio en el trabajo sexual fue de 20 (rango de 10-48 años) con una desviación estándar de 6.65. El 66% (66) de las

participantes se dedicaban en ese momento al trabajo sexual, 16.6% (11) ejercían el trabajo sexual para obtener un ingreso extra además de su trabajo regular.

Apoyo social

Tabla 2: Apoyo social recibido en el último mes

		En quien puedes realmente contar	En quien puedes contar para relajarte	Quien te acepta por completo	En quien puedes contar para cuidar de ti	En quien puedes contar para sentirte mejor	En quien puedes contar para consolarte
N	Válidos	100	100	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		2.08	1.15	2.53	1.49	1.50	.94
Desv. típ.		1.768	.968	1.987	1.243	1.560	1.399
Mínimo		0	0	0	0	0	0
Máximo		9	5	9	9	9	9
Percentiles	25	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00
	50	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00
	75	3.00	1.00	3.00	2.00	2.00	1.00

En cuanto al apoyo social, las participantes obtuvieron un media de 1.92 de personas que proveen apoyo social con una desviación estándar de 0.64, Con rango que van de cero personas hasta nueve en cada una de las situaciones que se les plantea. Y obtienen un grado de satisfacción alto con el apoyo recibido con una media de 5.19, ver tabla No. 2

Transfobia

77% (77) de las participantes reportaron haber experimentado transfobia y 23% (23) dijeron no haberla experimentado. 21% de las participantes dijo que temía avergonzar a su familia por ser transgénero, 46% (46) temía ser objeto de burlas o señalamientos en la calle, 51% (51) temía ser agredida en la calle, 32% (32) temía ser identificada como transgénero y ser rechazada, y 31% (31) temía perder oportunidades laborales por ser transgénero.

Violencia

El 94 (94%) de las participantes reportaron haber experimentado algún tipo de violencia en su vida, 57 (60.6%) reportaron haberla experimentado en el último mes. Las frecuencias por tipo de violencia se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 3: Frecuencias de violencia experimentada por subtipos.

Acto de violencia	Frecuencia En la vida n (%)	Frecuencia Reciente n (%)
Alguna vez ha sido insultada	87 (87%)	50 (57.4%)
Alguna vez ha sido amenazada con ser golpeada	67 (67%)	24 (35.8%)
Alguna vez ha sido golpeada	60 (60%)	14 (23.3%)
Alguna vez ha sido golpeada con un objeto	33 (33%)	8 (25%)
Alguna vez ha sido amenazada con un arma	57 (57%)	12 (21.1%)
Alguna vez forzada a tener relaciones sexuales	44 (44%)	6 (13.6%)

Estrés percibido

51% (51) de la participantes reportan experimentar estrés y 49% de las participantes no reportan haber experimentado estrés en el último mes. Con una media de 1.62 y una desviación estándar de 1.20. 41% (41) reportó sentirse incapaz de controlar las cosas importantes en su vida, 38% (38) se había sentido nerviosa, 24% (24) reportó no sentirse capaz de lidiar con las cosas que tenía que hacer, y 34% (34) reportó que las dificultades se acumulaban hasta el punto que no podía superarlas.

Sexo anal sin protección

El total de mujeres transgénero que reportaron sexo anal sin protección fue el 19% (19) en el último mes, tres participantes presentaron conductas sexuales de riesgo con más de un tipo de pareja, ver tabla No. 4.

Tabla 4: Relaciones sexuales anales sin protección y tipo de pareja en el último mes.

Tipo de pareja	Insertivo n	Receptivo n	Todos n
Pareja sexual primaria	0	10	10
Pareja sexual ocasional	1	4	5
Clientes	1	6	7
Sexo anal sin protección	2	20	22

Alcohol y drogas

El 98% (98) de las participantes dijo nunca haberse inyectado alguna droga en el último mes, 1% (1) participante reportó haberse inyectado speedball y 1% (1) reportó haberse inyectado metanfetamina (cristal) ambas en el último mes. Las principales drogas de elección fueron alcohol 49% (49), metanfetamina (cristal), 21% (21) de 12% (12), marihuana y 17% (17) informaron que no utilizaban ningún tipo de drogas o alcohol en el último mes por elección personal o porque se encontraban en un proceso de rehabilitación, ver tabla No. 5.

Tabla 5: Uso de alcohol y drogas en el último mes

Droga	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	73	73%
Marihuana	27	27%
Heroína	1	1%
Crack	2	2%
Cocaína	3	3%
Speedball (heroína and cocaína)	1	1%
Metanfetamina (crystal)	32	32%
China white y metanfetaminas/crystal	1	1%
Tranquilizantes (Diazepam, Valium, Ativan, Restoril, Rivotril)	2	2%
Opiáceos (Medicamentos para el dolor: oxycontin, oxycodone, Vicodin, Darvon)	1	1%

Detección de VIH

22% (22) de las encuestadas obtuvieron un resultado positivo a la prueba rápida de detección de anticuerpos VIH a las que se les aplicó una segunda prueba rápida, 12% (12) de las participantes sabían ya su diagnóstico y 45% (10) fueron nuevos casos detectados, las participantes VIH positivas se canalizaron al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS) en Tijuana.

Finalmente, se examinó la correlación de sexo anal sin protección y el resultado de la prueba de detección de VIH. Ninguno mostró una significancia estadística asociada con la transfobia, la violencia, el apoyo social o estrés percibido.

DISCUSIÓN

Muchas de las participantes dijeron haber experimentado diferentes tipos de violencia incluyendo violencia sexual al igual que otros estudios con la población de mujeres transgénero (15, 27), en promedio reportaron bajos niveles de transfobia, poco apoyo social y estrés percibido a diferencia de estudios previos con población de mujeres transgénero (28). Aun cuando no se encontró una asociación entre la violencia, el apoyo social, el estrés percibido, la transfobia y las conductas de riesgo y/o el estado ante el VIH, se encontró una alta prevalencia de VIH en nuestra muestra, de éstos, una gran proporción fueron nuevos casos de VIH, superior a datos previos en México con población de mujeres transgénero (29). Un gran porcentaje de las participantes reportaron tener sexo anal sin protección con sus parejas en el ejercicio del trabajo sexual. La mayoría de las participantes dijeron alguna vez haberse dedicado al trabajo sexual, lo cual supone un mayor riesgo al contagio de VIH, aun así, las trabajadoras sexuales reportaron un menor número de contactos sexuales anales sin protección con los clientes que aquellas que tienen parejas sexuales primarias lo que nos podría indicar que la afectividad juega un rol importante en la negociación del uso del condón en las relaciones sexuales anales. Otras variables sociales deberán ser exploradas como factores de riesgo para el contagio de VIH y conductas sexuales como lo es el uso de alcohol y/o drogas ilícitas ya que estudios previos han demostrado que el aumento de la estigmatización y la discriminación también puede dar lugar al aumento de la vulnerabilidad al abuso de sustancias (18)

El uso de alcohol, drogas y el sexo anal sin protección debería ser explorado con mayor detenimiento, en otros grupos poblacionales de alto riesgo como los HSH se ha documentado una asociación entre el sexo anal sin protección y el contagio de VIH (30). Como este estudio, los estudios en salud pública tienden a enfatizar los factores de riesgo y las disparidades en salud entre las personas

transgénero. Se necesitan más investigaciones basadas en describir y entender la vida de las mujeres transgénero que han sido históricamente descuidadas y estigmatizadas, así como la implementación de campañas de salud dirigidas exclusivamente a la atención de mujeres transgénero. Sería importante buscar factores de protección o la resistencia contra la transfobia, la violencia, y problemas de salud, y poner en práctica estudios de intervención que refuercen las fortalezas existentes de la comunidad para mejorar su salud. Quizá el tamaño de la muestra de este estudio sea la razón por la cual no encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de interés, a pesar de ello, consideramos que se logró una muestra significativa en esta población de difícil acceso, que aporta información valiosa, la cual pudiera contribuir a mejorar la conducción de futuras intervenciones e investigaciones con esta población.

BIBLIOGRAFIA

1. **Rachlin K, Green J, Lombardi E.** Utilization of health care among female to male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*. 2008;54(3):243-258.
2. **NCTE.** Transgender terminology. Vol. 2012. Washington, DC 2009.
3. **UNAIDS.** 2008 Annual report: Towards universal access. Ginebra; 2009.
4. **Kenagy GP.** Transgender Health: Findings from Two Needs Assessment Studies in Philadelphia. *Health & Social Work*. 2005;30(1).
5. **Bakker A, Kesteren PV, Gooren L, Bezemer P.** The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993;87(4):237-238.
6. **Sperber J, Landers S, Lawrence S.** Access to Health Care for Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston. *The Haworth Press, Inc.* 2005;8(2):75-91.
7. **Setia MS, Lindan C, Jerajani HR, et al.** Men who have sex with men and transgenders in Mumbai, India: An emerging risk group for STIs and HIV. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72(6).
8. **Infante C, Sosa S, Cuadra S.** Sex work in Mexico: vulnerability of male, travesti, transgender and transexual sex workers. *Culture, Health & Sexuality*. 2008;11(No.2):125-137.
9. **Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M.** HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health & Social Work*. 2001;91:915-921.
10. **Estrada-Montoya JH, Becerra AG.** Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*. 2010;9(18):90-102.
11. **Simon P, Reback C, Bemis C.** HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles County. *AIDS*. 2000;14:2953-5.
12. **CDC.** HIV among Transgender People. Vol. 2012. Atlanta Georgia; 2011.
13. **(CENSIDA) CNplPyeCdVS.** El VIH/SIDA en México 2012. México, Distrito Federal; 2012.
14. **WHO.UNAIDS.** Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations. . *Report of a technical consultation*. Geneva; 2008.
15. **Nemoto T, Sausa L, Operario D, Keatley J.** Need for HIV/AIDS education and intervention for MTF transgenders: responding to the challenge. *J Homosex*. 2006;51(5):183---202.
16. **Nemoto T, Bodeker B, Iwamoto M.** Social Support, Exposure to Violence and Transphobia, and Correlates of Depression Among Male-to-Female Transgender Women With a History of Sex Work. *American Journal of Public Health*. 2011;101(10).
17. **Diaz RM.** *Latino Gay Men and HIV: Culture, Sexuality, and Risk Behavior* New York: Routledge; 1998.
18. **Nemoto T, Operario D, Keatley J, Villegas D.** Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS CARE*. 2004;16(6):724-735.
19. **UNAIDS.** Report on the Global AIDS Epidemic. 2008.

20. **Melendez R, Pinto R.** 'It's really a hard life': Love, gender and HIV risk among male-to-female transgender persons. *Culture, Health & Sexuality*. 2007;9(3):233–245.
21. **Betron M, Gonzalez-Figueroa E.** GENDER IDENTITY AND VIOLENCE IN MSM AND TRANSGENDERS: Policy Implications for HIV Services Vol. Task Order I. Washinton D.C.: Futures Group International, USAID-Health Policy Initiative 2009.
22. **INEGI.** Información Nacional, por entidad federativa y municipios. Vol. 2014. Tijuana; 2010.
23. **SANDAG.** COMMITTEE ON BINATIONAL REGIONAL OPPORTUNITIES. In: (RITA) TsRaITA, ed; 2013.
24. **APA.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
25. **Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D.** Review of sampling hard to reach and hidden populations for HIV survilance. *AIDS*. 2005;19(suppl 2):67-72.
26. **CDC.** Testing in Clinical Settings. In: Atlanta, ed. Vol. 2013; 2013.
27. **Stotzer RL.** Violence Against Transgender People: A Review of United States Data. *Aggression And Violent Behavior* 2009;14(3):170-179.
28. **Sanchez T, Finlayson T, Murrill C, Guilin V, Dean L.** Risk Behaviors and Psychosocial Stressors in the New York City House Ball Community: A Comparison of Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*. 2010;14:351-358.
29. **Colchero A, Cortés MA, Sosa-Rubí S, et al.** Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la ciudad de México. Mexico, D.F.: INSP; 2013.
30. **Rusch M, Lampinen T, Schilder A, Hogg R.** Unprotected anal intercourse associated with recreational drug use among young men who have sex with men depends on partner type and intercourse role. *Sex Transm Dis*. 2004;31(8):492-498.

Anexos

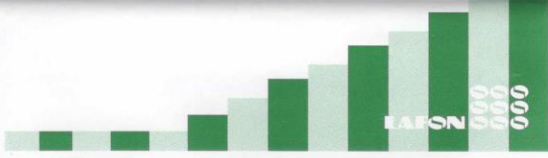
Anexo 1:

“La violencia, el apoyo social, la transfobia y su relación con las conductas de riesgo para el contagio de VIH entre mujeres transgénero en Tijuana, México”

Lista de verificación de elegibilidad: La participante debe responder 4 respuestas afirmativas (Sí) para poder participar en el estudio.

Pregunta / Afirmación	Sí	No
Me identifico desde hace al menos seis meses con el sexo contrario al de mi nacimiento.		
Tengo el sentimiento de haber nacido en el cuerpo equivocado		
Me gustaría modificar mi cuerpo con cirugía u hormonas para obtener la apariencia del sexo contrario.		
Tengo preferencia por los roles femeninos		
Me molesta y me entristece cuando se refieren a mí como hombre		

Anexo 2: Hoja técnica prueba de VIH 1/2 LAFON



almacenamiento mayores a tres días se recomienda congelar las muestras. Las muestras se deben ambientar (llevarlas a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C) antes de realizar la prueba.

- Las muestras que contengan precipitados pueden producir resultados inconsistentes. Esas muestras deben ser clarificadas antes de realizar la prueba.
- La sangre total puede ser utilizada para realizar la prueba inmediatamente ó puede ser almacenada a una temperatura de entre 2°C y 8°C hasta por 3 días.

VIH 1/2 LAFON

Prueba inmunocromatográfica de TERCERA GENERACIÓN de UN solo paso para la DETERMINACIÓN CUALITATIVA de anticuerpos anti-VIH 1 y anti-VIH 2 en membrana sólida.
PARA DETERMINAR EN SUERO, PLASMA Ó SANGRE TOTAL.

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es reconocido como el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA). La finalidad de esta prueba de diagnóstico clínico es la detección de anticuerpos anti-VIH 1 y anti-VIH 2 en plasma ó suero humano a través de un inmunoensayo.

Recientemente, el uso de antígenos recombinantes como materiales de detección y captura (de anticuerpos anti-VIH) en los kits de prueba, han incrementado marcadamente tanto su sensibilidad como su especificidad en comparación a las pruebas rápidas que utilizan péptidos sintéticos. Para esta prueba se han diseñado genes de VIH para la expresión de antígenos recombinantes en sistemas bacterianos, tales como E. coli, enfocándose en las proteínas de VIH 1 y VIH 2, las cuales son definitivamente inmunogénicas. Se ha reportado, con base en análisis por Western blot, que los principales antígenos inmunoreactivos de estas proteínas son la gp41, la p24 (para VIH 1) y la gp36 (para VIH 2).

La prueba VIH 1/2 LAFON es una prueba rápida en cassette inmunocromatográfica utilizada para la detección simultánea de anticuerpos (isotipos IgM, IgA e IgG) anti-VIH 1 y anti-VIH 2, ya sea en suero, plasma o sangre total. La prueba VIH 1/2 LAFON contiene una membrana en forma de tira la cual esta precubierta con antígenos recombinantes de VIH 1 (gp41 y p24) en la región de prueba 1 y con antígenos recombinantes de VIH 2 (gp36) en la región de prueba 2. Si la muestra contiene anticuerpos anti-VIH 1 y anti-VIH 2, estos anticuerpos formarán un complejo con el conjugado colorido, el cual se moverá cromatográficamente a lo largo de la membrana hasta llegar a las regiones de prueba 1 y 2. Posteriormente aparecerá una línea visible en cada región de prueba conforme se vaya formando un complejo colorido con un alto grado de especificidad y sensibilidad.

El sistema de prueba tiene grabados en su superficie los números 1 y 2, los cuales corresponden a la región de prueba 1 (VIH 1) y a la región de prueba 2 (VIH 2) respectivamente, una letra "S" que corresponde a la ventana de muestra, así como la letra "C" que corresponde a la región de control. Tanto en las regiones de prueba como en la región de control no debe aparecer ninguna línea visible antes de aplicar la muestra.

MATERIALES PROVISTOS

Sistemas de prueba
 Frasco con diluyente de muestra
 Instructivo

PRECAUCIONES DEL PRODUCTO

Los sistemas de prueba deben ser almacenados a temperatura ambiente (de 15°C a 30°C). Los sistemas de prueba son sensibles tanto al calor como a la humedad. Realizar la prueba inmediatamente después de haber sacado el sistema de prueba del sobre metálico que lo contiene. No utilizar los sistemas de prueba ni el diluyente después de su fecha de caducidad.

ALMACENAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

- Sangre total. Colectar la sangre total utilizando un anticoagulante.
- Suero ó Plasma. Centrifugar la sangre total para obtener la muestra de suero o plasma.
- Si las muestras no se utilizan inmediatamente para realizar la prueba, éstas deben ser almacenadas a una temperatura de entre 2°C y 8°C hasta por tres días. Para periodos de

PRECAUCIONES

- Usar únicamente para diagnóstico in vitro.
- No coma ni fume mientras manipula las muestras.
- Utilice gafas, bata, cubre boca y guantes desechables para manejar las muestras. Lavarse las manos después de manipular las muestras. Maneje todas las muestras como si fueran capaces de transmitir algún agente infeccioso.
- Evite la formación de aerosoles y de salpicar la muestra.
- Limpie cualquier derramamiento de la muestra con un apropiado desinfectante.
- Descontamine y deposite todas las muestras, los cassettes y materiales potencialmente contaminados en un contenedor para desechos biológico infeccioso.
- No utilice ningún equipo que este dañado o que su sobre metálico este roto.
- Los equipos debe ser almacenados a temperatura ambiente en un lugar fresco y seco lejos de los rayos directos del sol. Realice la prueba inmediatamente después de haber sacado un cassette de prueba de su sobre metálico. No utilice después de su fecha de caducidad.

PROCEDIMIENTO

- Saque el sistema de prueba que vaya a utilizar del sobre metálico y colóquelo sobre una superficie seca y plana.
- Con una micropipeta adicionar lentamente 10µL de suero o plasma, si utiliza sangre total adicione 20µL, en la ventana de muestra "S" del sistema de prueba y posteriormente adicione 3 gotas del diluyente de muestra dentro de la misma ventana.
 Nota: 1 gota equivale a 40µL aproximadamente
- Conforme el sistema de prueba comienza a funcionar se observa que un color púrpura se mueve a través de la ventana de resultados del sistema de prueba.
- Realizar la lectura de los resultados en un periodo de tiempo de 5 a 20 minutos. No realizar la lectura de los resultados después de que hayan transcurrido los 20 minutos.

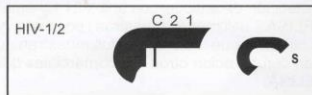
NOTA: El tiempo de lectura de resultados que se menciona arriba fue estimado a temperatura ambiente entre 15°C y 30°C. Si la temperatura ambiente se encuentra por debajo de los 15°C, entonces el tiempo para realizar la lectura de los resultados debe aumentarse.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

- Una banda de color debe aparecer en el lado izquierdo de la ventana de resultados, mostrando que la prueba esta funcionando correctamente. Esta banda es la banda Control "C".
- En el lado derecho de la ventana de resultados se encuentran las bandas de resultados, la banda 1 corresponde a VIH-1 y la banda 2 a VIH-2.
- Cualquier tonalidad rosa

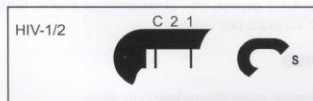
Resultado Negativo

La presencia de únicamente la banda "C" de la ventana de resultados indica un resultado negativo.

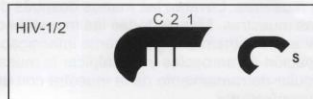


Resultado Positivo

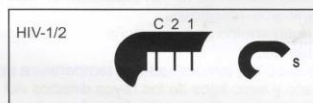
La presencia de 2 ó mas bandas en la ventana de resultados, sin importar que banda aparezca primero, indica un resultado positivo para VIH-1 y/o VIH-2 respectivamente. Cualquier intensidad de color que se presente en la línea, debe considerarse como un resultado positivo.



Anti-VIH 1 Positivo



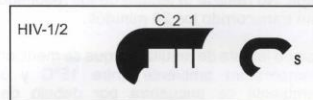
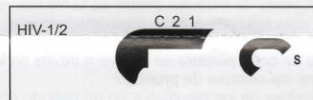
Anti-VIH 2 Positivo



Anti-VIH 1/2 Positivo

Resultado Inválido

Sin la banda Control "C" no aparece aunque aparezcan otras bandas en la ventana de Resultados, entonces este resultado debe de ser invalidado. Esto significa que las instrucciones no fueron seguidas correctamente o que la prueba a sufrido algún deterioro. Es recomendable que una nueva muestra sea tomada y sea repetida la prueba.



LIMITACIONES DE LA PRUEBA

Aunque un resultado positivo puede indicar una infección con VIH-1 ó VIH-2, un diagnóstico de SIDA sólo puede ser realizado con fundamentos clínicos. Para muestras que fueron probadas en varias ocasiones dando un resultado positivo, pruebas suplementarias debe ser realizadas. Una prueba inmunocromatográfica sola no puede ser usada para un diagnóstico de SIDA aun cuando los anticuerpos contra VIH-1 y VIH-2 estén presentes en la muestra de un paciente. Un resultado negativo no excluye de la posibilidad de una infección con VIH-1/VIH-2.

CARACTERÍSTICAS DEL FUNCIONAMIENTO

Sensibilidad y especificidad

La prueba VIH 1/2 LAFON fue comparada con una prueba comercial líder para la detección de anticuerpos anti-VIH 1 y anti-VIH 2 por el método de ELISA, utilizando muestras positivas y negativas comprobadas clínicamente. Los resultados muestran que la prueba es una exacta en comparación otros kits comerciales que se utilizan el método de ELISA.

Referencia	Método	Resultado	VIH 1/2 LAFON (Prueba rápida en cassette)		Resultados Totales
			Positivo	Negativo	
ELISA Comercial	Positivo		187	0	187
	Negativo		1	511	512
Resultados Totales			188	511	699

En la comparación de la prueba VIH 1/2 LAFON contra la prueba

comercial líder para la detección de anticuerpos anti-VIH 1 y anti-VIH 2 por el método de ELISA se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto sensibilidad, especificidad y concordancia total:

Sensibilidad 100% (187/187)
Especificidad 99.8% (511/512)
Concordancia total 99.9% (698/699)

Precisión

Dentro de una misma corrida. Fue determinado utilizando 10 réplicas de cuatro muestras diferentes, las cuales a su vez contenían diferentes concentraciones de anticuerpo obteniéndose un 100% de concordancia entre los resultados esperados con los resultados obtenidos.

Entre corridas independientes. Fue determinado utilizando cuatro muestras diferentes, las cuales tenían diferentes concentraciones de anticuerpo en tres diferentes réplicas y utilizando tres diferentes lotes de los sistemas de prueba. Nuevamente se obtuvo un 100% de concordancia entre los resultados esperados con los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) M.S. Saac, M. Holodniy, D.R. Kuritzhes. "HIV viral load markers in clinical practice". Nature Medicine, Volume 2, Number 6, June 1996
- 2) Eve M. Lackritz, M.D., Glen A. Satten, Ph.D. "Estimated risk of transmission of the Human Immunodeficiency Virus by Screened blood in the United States". Journal of Medicine, Volume 33, Number 26
- 3) Lee Ratner, William Haseltine, Roberto Patarca. "Complete nucleotide sequence of the AIDS virus, HTLV-III. Nature Vol. 313, 24 January 1985.
- 4) V.S. Ivanov, Z.K. Suvorova, L.D. Tchikin, A.T. and V.T. Ivanov. "Effective method for synthetic peptide immobilization that increases the sensitivity and specificity of ELISA procedures. Journal of Immunological Methods. 153 (1992) 229-223
- 5) Mi Jin Sohn, Young Hae Chong, Ji Eun Chang, Young Ik Lee. "Over expression and simple purification of human immunodeficiency virus-1gag epitope derived from recombinant antigen in E. Coli and its use in ELISA. Journal of Biotechnology 34 (1994) 149-155.

No. de Catalogo	Clave de Cuadro Básico	Presentación
VI01	-----	25 Determinaciones
VI04	080.829.5372	48 Determinaciones
VI02	080.829.5372	50 Determinaciones
VI07	080.829.5372	96 Determinaciones
VI03	080.829.5372	100 Determinaciones

Reg. No. 0282R2003 SSA

Fabricado por: STANDARD DIAGNOSTICS, INC
575-34 Pajang-dong, Jangan-ku, Suwon-si,
Kyonggi-do, Korea 440-290

Importado, Acondicionado y Distribuido en México por:

LABORATORIOS LAFON S.A. DE C.V.
Cuernavaca No. 28 Col. Condesa
Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06140 México D.F.
Tel. 55-53-30-08, 52-86-18-00
55-53-67-27
INFOTELAFON 01-800-926-95-22
Email: lablafon@lafon.com.mx
Internet: www.lafon.com.mx

Anexo 3: Aprobación comité de bioética de Universidad Autónoma de Baja California, facultad de Medicina y Psicología, campus Tijuana.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Tijuana, Baja California, 24 de septiembre de 2012
Oficio No. 1435/2012-2

KRISTIAN J. SALAS ESPINOZA

Presente.-

Por medio de este conducto, me permito informarle que se sometió a revisión a la Comisión de Bioética de esta Facultad, el estudio presentado por usted titulado **"LA VIOLENCIA, EL ESTRÉS Y APOYO SOCIAL, LA TRANSFOBIA Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE MUJERES TRANSGÉNERO EN TIJUANA, MÉXICO"**, el cual tuvo como resultado un dictamen APROBATORIO.

Sin más por el momento, me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL HOMBRE"

DR. ALFREDO RENÁN GONZÁLEZ RAMÍREZ
DIRECTOR

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE BAJA CALIFORNIA



FACULTAD DE MEDICINA
Y PSICOLOGÍA
CAMPUS TIJUANA

C.c.p.- Dra. Adriana C. Vargas Ojeda.- Coord. Posgrado e Investigación FMP
C.c.p.- Dirección
mca

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE BAJA CALIFORNIA



FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA