

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

***Comparación de los Síntomas Depresivos y la Calidad de Vida entre Mujeres Trans que llevan 6 meses o más en Terapia Hormonal de Afirmación de Género y Mujeres Trans sin Terapia Hormonal en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans.***

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL:

**GRADO DE ESPECIALISTA**

EN:

**PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

**ZAIRA HERRERA LEYVA**

ASESORES:

TEÓRICO: DR. HUGO GUILLERMO CORNÚ ROJAS  
METODOLÓGICO: DR. CHRISTIAN GABRIEL TOLEDO LOZANO

CIUDAD DE MÉXICO, 2025





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Contenido

Resumen.....	3
Antecedentes .....	4
Marco teórico .....	7
Planteamiento del problema.....	13
Pregunta de investigación .....	14
Objetivos .....	14
Hipótesis .....	15
Método.....	15
Instrumentos .....	18
Procedimiento .....	19
Consideraciones éticas .....	19
Plan de análisis estadístico .....	20
Resultados .....	21
Discusión.....	30
Conclusión .....	33
Referencias.....	34
Anexos .....	38

## **Datos de los tutores:**

Asesor teórico: Dr. Hugo Guillermo Cornú Rojas.

Adscripción: Responsable de la Dirección de la Unidad de Salud Integral para Personas Trans.

Correo: hugo.cornu@salud.cdmx.gob.mx

Asesor metodológico: Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano

Adscripción: Médico adscrito en Centro Médico Nacional “20 de noviembre”.

Correo: drchristiantoledo@gmail.com

## **Resumen**

Introducción: Las personas trans pueden presentar una mala calidad de vida, lo cual puede contribuir a la presencia de una serie de trastornos psiquiátricos desde dismorfia corporal hasta depresión con ideación suicida. Objetivo: Evaluar el impacto que genera realizar algún tipo de transición en la calidad de vida de las Mujeres Trans y los síntomas depresivos, contra las mujeres trans sin intervención. Método: Se trató de un estudio transversal, en donde se aplicó una escala sobre calidad de vida WHOQOL-BREF, incluyendo las dimensiones de salud física, psicológica, relaciones interpersonales y medio ambiente y el Inventario de Depresión de Beck. Resultados: En el análisis de los datos se observó una relación inversa entre síntomas depresivos y calidad de vida: a mayor puntaje en depresión, menor calidad de vida percibida. La transición legal fue la que tuvo un mayor impacto en la disminución de síntomas depresivos y mejoría de calidad de vida. En cuanto a la transición social, al realizar el análisis se demostró que es un factor protector para síntomas depresivos. Discusión: Los hallazgos del estudio muestran que el tipo de transición tuvo un impacto importante en la calidad de vida y los síntomas depresivos de las mujeres trans. La transición legal fue la que más se asoció con una mejor calidad de vida y disminución de síntomas depresivos, se reafirma la importancia del reconocimiento legal de la identidad de género. La transición social a pesar de ser un factor protector para síntomas depresivos mostró un puntaje bajo de manera general, posiblemente por el impacto de la discriminación que persiste en México; estos resultados refuerzan la teoría del estrés de minorías, que explican como el estigma y la exclusión afectan de manera negativa la

salud mental. La transición médica no tuvo un efecto estadísticamente significativo en el estudio, pero en la literatura internacional se documenta un beneficio acumulativo posterior al uso prolongado de la terapia hormonal. Se evidenció que la atención psiquiátrica, la intervención psicoterapéutica y el uso de psicofármacos, tienen un impacto favorable en síntomas depresivos y bienestar en general; esto se correlaciona y enfatiza la necesidad de un abordaje multidisciplinario. Conclusión: Se observó que la transición legal en comparación con los otros tipos de transición fue la que más disminuyó los síntomas depresivos y mejora la calidad de vida, de igual manera la transición social mejoró el puntaje de calidad de vida y se demostró que es un factor protector para síntomas de depresión. Se observó en el estudio la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario.

**Palabras clave:** Depresión, calidad de vida, mujeres trans, terapia hormonal de afirmación de género.

### **Antecedentes**

En 1977 en Estados Unidos de América el 43% de la población se identificaban como homosexuales (ya sea que mujeres tenían atracción por mujeres u hombres con hombres); cabe mencionar que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) desde 1973 eliminó la homosexualidad como un trastorno psiquiátrico. El reconocimiento y respeto de los derechos humanos de todas las personas de la diversidad sexo genérica ha ido avanzando, por ejemplo, Holanda en el 2001 fue el primer país en reconocer el matrimonio entre personas del mismo sexo, a partir de ahí, 22 países reconocen el matrimonio entre personas del mismo sexo [1].

De acuerdo con WPATH (Asociación Mundial Profesional de la Salud Trans), la afirmación de género es personalizada de acuerdo con sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y clínicas [2]. Actualmente existen diferentes tipos de transiciones la social, legal, física no médica y la médica, en donde se encuentra la terapia hormonal, en el caso de las mujeres trans, esta se compone de estrógenos y antiandrógenos, tiene un impacto en la apariencia física y generalmente es la prioridad cuando una paciente busca la afirmación de género. Se realizó un metaanálisis en el

año 2021, consistente en revisar diferentes artículos publicados en Europa, acerca de la calidad de vida con terapia hormonal de afirmación de género, en donde se usó la escala de Calidad de Vida, por sus siglas en inglés QOL (Quality of life) y se observó que después de 1 año en mujeres trans mejoró, en comparación con la calidad de vida de los hombres trans [3]. A pesar de ello, la terapia de hormonal de afirmación de género puede mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población trans sobre todo la percepción de la misma, sin embargo, se sugiere que exista una escala la cual se dirija específicamente a población trans, por lo que en un estudio realizado en Alemania se aprobó la escala llamada iTransQoL para valorar la calidad de vida en población trans durante la terapia hormonal, la cual fue comparada con una escala que valora la calidad de vida de las personas en general, llamada SF-36, en donde se comprobó que la nueva escala es un instrumento confiable para medir la calidad de vida de esta población ocupando ámbitos como bienestar personal y emocional; al igual que se utilizan en este país escalas como Inventario de Calidad de Vida Transgénero de Essen (ETLI) que mide la calidad de vida en las últimas 4 semanas posterior a la decisión de afirmación de género; otra escala que mide la congruencia de género, el bienestar mental y satisfacción durante los últimos 6 meses es la escala de Congruencia de Género y Satisfacción con la Vida (GCLS) [4].

La calidad de vida en mujeres trans mejora una vez observando un cambio fenotípico significativo, sobre todo si el cambio se inicia desde la adolescencia, al igual que se pudo observar que los síntomas depresivos disminuyeron del 42% al 22% durante 12 meses de tratamiento, medido utilizando el Inventario de Depresión de Beck en donde mejoraron la mitad de mujeres trans posterior al uso de terapia hormonal durante 24 meses; por lo que podemos concluir que la terapia hormonal es un componente esencial de la atención que promueve la salud y el bienestar de las personas trans [3].

El inicio de la terapia hormonal de afirmación de género fue en Los Países Bajos a finales de 1980, en el cual fue un tema en disputa, ya que algunos médicos consideraban que la identidad de género aún se está desarrollando en la adolescencia, además de que estaban preocupados que la terapia hormonal de afirmación de género en las personas, generaran cambios físicos permanentes. Se empezó a realizar la

terapia hormonal o cirugías desde 1980 hasta 1990. En 1998, la WPATH publicó las guías de práctica clínica para adolescentes, en donde la intervención era por etapas: Etapa 1: Bloqueo hormonal (reversible), Etapa 2: Hormonas de afirmación hormonal (parcialmente reversible), Etapa 3: Cirugía de reafirmación de género (irreversible), se complementó que la etapa 3, la quirúrgica, no se realizara en pacientes menores a 18 años, se podía iniciar terapia hormonal a partir de los 16 años, pero muchos de los pacientes eran convencidos de que se esperaran a ser adultos. Para el año 2000 aumentó la incidencia de jóvenes que querían afirmar su identidad de género, incluyendo un incremento en la realización de vaginoplastías en mujeres trans, esto va de la mano con el desarrollo global y la apertura de los derechos de personas trans, al igual que la importancia de reconocer su necesidad de identidad [5].

En el DSM 3 y 4 se consideraba que las personas trans padecían un Desorden de identidad de género; esto conlleva a la discriminación de la población trans y por consiguiente que no se le aporte la atención integral y oportuna a la población, abarcando todas sus necesidades de manera personalizada; en el 2013 se reclasificó en el DSM-5 como Disforia de Género, existen diferentes criterios para niños, adolescentes y adultos; la prevalencia estimada en el DSM-5 era de 0.005-0.014% para hombres y 0.002-0.003% para mujeres [6]. Estadísticas más recientes de Estados Unidos, basándose de manera nacional y estatal, la prevalencia de la población trans es entre el 0.3-0.6% o aproximadamente 1 millón de adultos en Estados Unidos. En la actualidad no todas las personas trans son consideradas o tienen los criterios suficientes para una disforia de género. En las últimas dos décadas se incrementó el número de personas que se consideraban trans, que buscan ayuda en su transición y/o reciben el diagnóstico de Disforia de Género, de acuerdo con el reporte nacional de discriminación de Health and Health Care sobre personas trans, el 80% de ellos deciden o consideran iniciar la terapia de afirmación de género [7].

En México, del total de la población mayor de 15 años que corresponde a 97.2 millones de personas, 5.1% (15 millones) se identifican con la comunidad LGBTQIA+, de las cuales 81.8% se asume parte de esta población por su orientación sexual, el 7.6% por

su identidad de género y el 10.6% por ambas. De igual forma se desglosa en estos datos que el 34.8% (1.7 millones) de la población LGBTQIA+ se consideran trans [8].

A partir del 2014 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) agregó un módulo opcional que evalúa la identidad de género en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo, este fue un gran paso en la vigilancia de la salud pública, lo que permitió una comparación de personas trans y cisgénero en la población general y en el 2017, se logró analizar a los encuestados trans como un grupo compuesto (tomando en cuenta en conjunto a mujeres y hombres trans, así como personas no conformes con su género, son los grupos explicados en el artículo), lo que nos da pauta para que los investigadores abran nuevas puertas de investigación hacia la población trans [9].

### **Marco teórico**

La identidad de género se refiere a la experiencia interna e individual del género de cada persona, que puede corresponder o no al sexo [10].

Con anterioridad se definía una persona trans a dicha persona que se identifica con el género opuesto a su sexo, estimándose aproximadamente el 0.6% de los adultos o 1.4 millones de personas, de acuerdo con estudios de Estados Unidos. Posteriormente se define como una persona que se identifica con una identidad de género diferente a la atribuida al nacer [11]. Además, actualmente existe un símbolo inclusivo llamado “Paraguas trans” que quiere decir que existe un espectro dentro de la identidad de género como las personas de género fluido, Queer, entre otras [12].

En el 2006, se crearon los Principios de Yogyakarta que son normas sobre los Derechos Humanos de las personas LGBTQIA+, se toman en cuenta en cuestiones relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género. Estos principios nacieron como respuesta a las violaciones de los derechos humanos de las personas de la comunidad, como violencia, discriminación en sistemas de salud, educación, empleo y vivienda; son 29 artículos que abarcan derechos básicos, económicos, sociales y culturales, de igual forma incluyen recomendaciones dirigidas al Estado y a organismos internacionales para ejercer un trato digno a la comunidad [13]. Como un

avance importante contra la desigualdad de las personas trans, en el CIE-11 se ha modificado el considerar que es una patología psiquiátrica, se cambia el “Transexualismo” por discordancia de género, que se define como la incongruencia marcada y persistente entre la experiencia de género de un individuo y el sexo asignado; con ello se trata de disminuir el estigma de la población trans y la despatologización [14].

Bockting y Coleman identificaron 5 fases en la disforia de género: “Precoming out”: Se sienten diferentes, resiliencia temprana, “Coming out” : Reconocimiento del Yo y de los Otros, toman riesgos calculados, “Exploration”: Experimentación y noción de la feminidad o masculinidad estereotipada, conversión de la vergüenza en orgullo, conocimiento de la atracción sexual, “Intimacy”: El deseo de la intimidad y las primeras relaciones como el rol de género que prefieren, encarar al miedo al abandono y orientación sexual, “Identity integration”: Dolor, menos preocupación por las etiquetas de identidad, tolerancia de la ambigüedad de género [15]. En el artículo de Yarns el proceso conocido como “coming out” se divide en dos fases: La fase interna consiste en reconocer y aceptar su identidad de género, es considerado un momento de autodescubrimiento que puede estar acompañado de sentimientos negativos como confusión o miedo. La fase externa involucra comunicar esta identidad con personas cercanas o de confianza, además de cuándo, cómo y a quién decírselo es una decisión personal y un evento muy importante para la persona [16].

Con el inicio de la pubertad, las personas trans suelen experimentar disforia y en consecuencia buscan diversas formas de expresar su género acorde a su identidad, esto aunado al pobre soporte familiar y la discriminación, presentan un riesgo importante de suicidio. Existen mayores niveles de depresión, pensamientos suicidas y una mayor tasa de discriminación en población trans en comparación con las personas cisgénero [15]. La tasa de suicidio en esta población es del 9 al 11% y un 1.5% y 2 % de intento de suicidio y suicidios cometidos, estos valores aumentan si la persona presenta disforia de género en comparación con la población general. En el 2010 se realizó un metaanálisis en Alemania, en donde se encontró la disminución de molestias físicas y mentales, así como un aumento en la calidad de vida después del inicio de

Terapia hormonal de afirmación de género [17]. Las dificultades que viven las personas trans vienen desde la sociedad, que como menciona el Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTQIA+, realizada en el 2020 en México, la desigualdad es multifactorial y tiene relación con el contexto socio cultural, existe un vínculo entre la marginación, discriminación y problemas de salud, siendo considerada una población vulnerable [18]. El estigma de la sociedad ocasiona que las personas trans interrumpan o pausen su vida profesional; algunas de las personas trans se preocupan por el impacto de su transición en el trabajo; en Estados Unidos se reportó que el 38% de las personas trans tienen problemas para conseguir empleo y el 23% fueron desempleados por ser personas trans. De acuerdo con el modelo de estrés de las minorías, el estigma y prejuicio dan como resultado un estrés adicional al estrés de la vida diaria, que también presentan las personas cisgénero, lo que ocasiona un aumento de trastornos mentales como depresión, ansiedad, uso de sustancias, entre otros. El soporte familiar se considera un factor protector en el estrés de minorías y está relacionado con la calidad de vida, se reporta que el 57% de los familiares rechazan a una persona trans y 19% ejercen violencia familiar [15]. Meyer estudia este proceso de estrés minoritarios distales y proximales en donde si lo polarizamos a los pacientes trans los procesos distales incluyen la no afirmación de la identidad de género y los proximales incluyen la transfobia internalizada, rechazo percibido y discriminación; con estos factores estresantes, la minoría de género forjan resiliencia, apoyo social y afrontamiento; por lo que el modelo de estrés de minorías describe el impacto de la salud como el resultado neto de los procesos negativos (estresores) y positivos [17]. Esto conlleva a la creación de normas como Las Normas de Atención para la salud de las personas trans y con variabilidad de género, es una guía de práctica clínica para profesionales de salud en donde se explican las competencias mínimas necesarias que deben de tener los profesionales de salud, como por ejemplo, el poder identificar la disforia de género, proporcionar asesoría familiar y psicoterapia de apoyo a la persona en cuanto a la exploración de su identidad de género, decidir sobre las intervenciones reversibles, que es la terapia hormonal de afirmación de género, el cual inicia desde los 16 años con el consentimiento informado firmado con los padres, cuando son mayores de edad no

requieren la autorización de los padres, lo ideal es que las decisiones del tratamiento deben hacerse entre el o la paciente, la familia y el equipo médico. En cuanto a los profesionales en salud mental, necesitan estar en comunicación con los médicos que manejan la terapia de afirmación de género, así como en la evaluación como el tratamiento de la disforia de género. En la guía se comenta que no es obligatoria la psicoterapia previa a la terapia hormonal, sin embargo, es muy recomendable, ya que el objetivo es maximizar el bienestar mental [19].

Existen 4 tipos de transición: 1) La social que le permite a la persona ser reconocida por la sociedad con el género al que se identifica; 2) La legal es cuando el Estado, las leyes y las instituciones reconocen a una persona con el género que se identifica y realizando los trámites correspondientes; 3) La física no médica es cambiar temporalmente tu cuerpo sin ayuda de un médico; y 4) La física médica que incluye formas permanentes como terapia hormonal o procedimientos quirúrgicos [20]. Hablando del tratamiento hormonal, este se basa en la administración oral o transdérmica de estrógenos, la reducción de niveles de andrógenos es un requisito importante para la feminización deseada del cuerpo, por lo que los pacientes también reciben terapia antiandrógeno complementaria, el medicamento de elección es el acetato de ciproterona o alternativamente se utiliza la espironolactona, se suspende el tratamiento antiandrógeno, a más tardar, una vez realizada la orquiectomía como parte del procedimiento quirúrgico de afirmación de género. El seguimiento se realiza en primera instancia cada 3 meses con estudios de laboratorio durante el primer mes, posteriormente cada 6 meses a 12 meses; el objetivo es alcanzar niveles de estradiol en el medio de rango de referencia para mujeres premenopáusicas (<200pg/mL) [17]. Algunos cambios físicos que se observan con la terapia hormonal son: crecimiento y desarrollo mamario, menor producción de espermatozoides y disminución en el tamaño de los testículos, pérdida de la masa muscular y disminución de la fuerza, aumento de peso, piel menos suave y grasa, redistribución de la grasa a nalgas, caderas y muslos, el vello se hará más fino y su crecimiento se vuelve lento y disminución de la libido, la mayoría de estos cambios se producen a los 3 meses del inicio de la terapia hormonal de afirmación de género, cabe mencionar que algunos de estos efectos son reversibles ante la suspensión de la terapia [21]. Se realizaron diversos estudios en Holanda en

donde a través de resonancias magnéticas y estudio tomográfico por emisión de positrones, se logró evidenciar que existen dimorfismos cerebrales en las mujeres u hombres trans, concluyendo que existe una “intersexualidad” cerebral en ellos, demostrando que existen cambios cerebrales con la terapia hormonal como el volumen intracraneal, grosor de la corteza y el volumen de las estructuras subcorticales; en el caso de las mujeres trans, experimentan una disminución de la materia gris y esto produce una expansión de los ventrículos laterales; una hipótesis a considerar es la relación que existe entre los genes del receptor de estrógenos y andrógenos, CYP19 y CYP17, con la terapia hormonal de afirmación de género, con los cambios condicionados en el cerebro [15].

Se ha demostrado que el uso de terapia hormonal o una cirugía de afirmación de género, o inclusive el ser atendido en una clínica multidisciplinaria por profesionales de la salud calificados puede mejorar la salud mental y física de los pacientes, se ha visto que con el tratamiento la satisfacción es  $>80\%$  y el arrepentimiento  $< 2\%$  [19], inclusive al evaluar a los paciente en un estudio longitudinal se observó que los síntomas depresivos disminuyeron con la terapia hormonal de afirmación de género; en cuanto a una persona trans con síntomas ansiosos, se ha demostrado en múltiples estudios transversales y longitudinales que estos disminuyen de manera significativa cuando se encuentra en terapia hormonal de afirmación de género, estos estudios fueron realizados en personas jóvenes y mayores de 50 años de edad [7].

La calidad de vida se define como la percepción de una persona en 4 componentes: físico, psicológico, social y ambiental y La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la perspectiva del individuo en su posición de vida, refiriéndose en sus metas, expectativas, y preocupaciones; se ha investigado en la mayoría de los casos la calidad de vida en mujeres trans [22]. En el 2016, en Holanda, se analizaron diferentes aspectos de calidad de vida con el cuestionario SF-36 posterior a la cirugía de afirmación de género, en donde se observó que las mujeres trans calificaron significativamente su calidad de vida más baja en las dimensiones de salud mental, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud en general, además calificaron más alto su dolor corporal y funcionamiento físico en comparación con la

población general; por lo que se puede ver reflejado en una encuesta de calidad de vida para la población general la afectación que tienen las mujeres trans en su calidad de vida, concluyendo que existe una gran vulnerabilidad en esta población, necesidad de atención y tratamiento adecuado [23]. El primer estudio sobre la salud trans en Tailandia publicado en el 2022, comparó la calidad de vida y los síntomas depresivos antes y después de la cirugía de afirmación de género en mujeres trans; fueron encuestadas 37 pacientes antes del procedimiento quirúrgico y a los 6 meses del postoperatorio. Se observó que las participantes en el estudio tardaron 5 años para tomar la decisión de un procedimiento quirúrgico. Los resultados del estudio fueron favorables y se demostró que después del procedimiento mejoró la puntuación en las escalas utilizadas WHOQOL-BREF- THAI, Rosenberg Self-Esteem Scale y Patient Health Questionnaire-9, los dominios que obtuvieron una puntuación significativa fueron el dominio psicológico y el de relaciones interpersonales; un resultado relevante es que posterior a la cirugía el dominio sobre la vida sexual de la paciente tuvo la mejoría en cuanto a diferencia de puntuación más notable. En general las participantes de este estudio tuvieron una mejoría en las escalas de calidad de vida y autoestima después de la cirugía de afirmación de género; de acuerdo con el PHQ-9, el 13.5% de las pacientes puntuaron para una depresión moderada antes del procedimiento y ninguna tuvo un puntaje positivo posterior al mismo [22]. En otro estudio se trató de identificar los factores que afectan la calidad de vida en mujeres trans contestando cuestionarios auto aplicables. El factor que tuvo más impacto fue el acoso escolar en primaria o secundaria y haber experimentado el acoso virtual (redes sociales), los cuales demostraron una disminución de la calidad de vida de las pacientes y el desarrollo de síntomas depresivos [24]; demostrando que la calidad de vida está relacionada con el origen de un trastorno depresivo e inclusive puede desencadenar ideación suicida, es por ello la importancia de tomar los antecedentes de la población trans, para nosotros poder intervenir de manera oportuna.

En una revisión de la literatura realizada en Estados Unidos de América, se encontró que existe una relación entre el uso de terapia hormonal de afirmación de género y la mejora de calidad de vida, depresión y ansiedad en personas trans, las pacientes que utilizaron hormonas obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas, con una

mejoría en la calidad de vida, ansiedad y depresión en comparación con personas trans sin haber iniciado terapia hormonal. Igualmente se utilizaron escalas que miden Calidad de Vida en población general, sin embargo, se comenta y es necesario el desarrollo de una escala particular que valore la calidad de vida específicamente en población trans, lo que sugiere este estudio es validar una escala que tenga las adaptaciones correspondientes para que se puedan obtener resultados más fiables [25].

En este estudio vamos a utilizar escalas que se encuentran validadas en México, a continuación, se describen las escalas: Inventario de depresión de Beck: Es una escala autoaplicada que es utilizada para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, se compone de 21 ítems; esta es validada y traducida al español, la puntuación va de 0 a 63 puntos, se divide en Depresión mínima 0-13, Depresión leve 14-19, Depresión moderada 20-28, Depresión grave 29-63. En el año 1998 la escala fue adaptada en México, con un Alfa Cronbach de 0.87-0.91 [26].

WHOQOL-BREF: Es un cuestionario de calidad de vida breve hecha por la Organización Mundial de la Salud, adaptada al español, consta de 26 reactivos cada uno con opción de 5 respuestas, se califica cada dominio de manera independiente, mientras mayor sea la puntuación, mejor calidad de vida tiene. En el 2002 la escala fue adaptada al español de México, es una escala que se puede realizar en población adulta joven, con un Alfa Cronbach de 0.89 [27].

### **Planteamiento del problema**

Cuando una persona se identifica con una identidad de género distinta al del sexo asignado a su nacimiento, debido a diversos contextos psicosociales y culturales, pueden generar prejuicios, estrés y discriminación, teniendo un impacto negativo en la salud mental.

Hoy día existen distintas alternativas médicas que permiten a las personas lograr cambios corporales de acuerdo con sus objetivos corporales, a su identidad de género o ambos, dentro de estos se encuentran la terapia hormonal de afirmación de género o

procedimientos quirúrgicos, lo cual se ha reportado que contribuye a mejora de la calidad de vida y síntomas afectivos [28].

El presente estudio pretende comparar la calidad de vida y los síntomas depresivos en mujeres trans mexicanas que no han iniciado terapia hormonal de afirmación de género y las mujeres trans que llevan 6 meses o más en terapia hormonal.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las diferencias en los Síntomas Depresivos y la Calidad de Vida entre Mujeres Trans que llevan 6 meses o más con Terapia Hormonal de Afirmación de Género y Mujeres Trans sin Terapia Hormonal de Afirmación de Género en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans?

### **Objetivos**

#### Objetivo general

Comparar los Síntomas Depresivos y la Calidad de Vida entre Mujeres Trans que lleven 6 meses o más con Terapia Hormonal de Afirmación de Género y Mujeres Trans sin Terapia Hormonal en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans

#### Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas que las personas trans incluidas en este estudio.
2. Describir los niveles de sintomatología depresiva de las participantes de ambos grupos del estudio.

3. Describir la calidad de vida de las participantes de ambos grupos del estudio.
4. Evaluar el impacto en la calidad de vida y síntomas depresivos en cada uno de los tipos de transiciones.

Objetivos secundarios:

5. Asociar el nivel de sintomatología depresiva y la calidad de vida en ambos grupos del estudio
6. Evaluar el impacto de la terapia farmacológica y/o psicoterapia en la calidad de vida y síntomas depresivos en ambos grupos de estudio.

### **Hipótesis**

H1: Existen diferencias en los Síntomas Depresivos y la Calidad de Vida entre Mujeres Trans que lleven 6 meses o más con Terapia Hormonal de Afirmación de Género y Mujeres Trans sin Terapia Hormonal en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans

H0: No existen diferencias en los Síntomas Depresivos y la Calidad de Vida entre Mujeres Trans que lleven 6 meses o más con Terapia Hormonal de Afirmación de Género y Mujeres Trans sin Terapia Hormonal en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans

### **Método**

El enfoque del estudio es cuantitativo, se obtienen resultados a través de las escalas correspondientes.

Definición de la población de estudio: Mujeres trans que se atienden en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans.

Se utilizarán las escalas WHOQOL-BREF que valora la calidad de vida en general y el Índice de Depresión de Beck BDI para valorar síntomas depresivos.

Tiempo de ejecución: 2 meses.

Tamaño de la muestra: 100 personas.

#### Criterios de Inclusión

- Mujeres trans que se atienden en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans.
- De 18 a 40 años
- Mujeres trans que no hayan iniciado terapia hormonal de afirmación de género en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans.
- Mujeres trans que se encuentren con terapia hormonal de afirmación de género.
- Mujeres trans que se encuentren o no en tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapia.
- Que deseen participar en el proyecto de investigación y firmen un consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

- Personas con descontrol psiquiátrico grave, y/o episodio psicótico agudo.
- Riesgo suicida activo
- Que presente patologías crónico-degenerativas o metabólicas en descontrol que requieran atención inmediata.

#### Criterios de eliminación

- Que retiren su consentimiento y participación en el estudio.

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
EDAD	Tiempo vivido	Años cumplidos hasta fecha actual	Cuantitativa discreta
LUGAR DE NACIMIENTO	Lugar de residencia de la madre en el momento del nacimiento	Ubicación geográfica donde nació la persona	Cualitativa Nominal
LUGAR DE RESIDENCIA	Lugar en donde vive	Área geográfica en donde vive actualmente	Cualitativa Nominal
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo en que asistió a la escuela	Nivel máximo de educación formal alcanzado por la persona	Cualitativa Nominal
OCUPACIÓN	Actividad o trabajo que la persona realiza para obtener ingreso	Actividad laboral que una persona realiza	Cualitativa Nominal
SEXO	Características biológicas y fisiológicas que definen hombres y mujeres	Características biológicas determinadas al nacer y cromosomas.	Cualitativa Nominal
IDENTIDAD DE GÉNERO	Es el concepto que se tiene de uno mismo como ser sexual y de los sentimientos que esto conlleva.	Percepción interna y personal que tiene la persona sobre su propio género	Cualitativa Nominal
DISFORIA DE GÉNERO	Incomodidad que ocurre cuando su sexo biológico no coincide con su identidad de género	Malestar o angustia que experimenta la persona cuando su identidad de género no coincide con el sexo	Cualitativa Nominal
CALIDAD DE VIDA	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida como salud, bienestar emocional, satisfacción de la vida y aspectos sociales y económicos	Cualitativa Ordinal
DEPRESIÓN	Se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimiento persistente de tristeza, pérdida del interés en actividades y síntomas físicos que afectan el funcionamiento diario.	Cualitativa Ordinal
ANTIDEPRESIVO	Nombre que reciben diversos grupos de fármacos químicamente heterogéneos, que tienen en común la propiedad de reducir los síntomas de depresión.	Tipo de medicamento utilizado para trastornos depresivos, que actúan sobre un neurotransmisor el cerebro	Cualitativa Nominal
PSICOTERAPIA	Es un enfoque para tratar problemas de salud mental conversando con un psicólogo, un psiquiatra u otro proveedor de atención para la salud mental.	Enfoque psicológico que implica la interacción entre un profesional de la salud mental y un paciente, con el objetivo de abordar temas emocionales, de comportamiento o de salud mental.	Cualitativa Nominal
TRANSICIÓN LEGAL	El Estado, las leyes y las instituciones reconocen a una persona con el género que se identifica y realizando los trámites correspondientes.	Proceso en el que la persona cambia su nombre y/o género en documentos legales y oficiales.	Cualitativa Nominal

<i>TRANSICIÓN SOCIAL</i>	<i>Le permite a la persona ser reconocida por la sociedad con el género al que se identifica.</i>	<i>Cambio en la expresión de género y rol social de una persona, se centra en cómo la persona es percibida y reconocida en su entorno social.</i>	<i>Cualitativa Nominal</i>
<i>TRANSICIÓN NO MÉDICA</i>	<i>Realizar modificaciones corporales de manera temporal sin manejo con un médico.</i>	<i>Las modificaciones corporales de manera temporal que la persona realiza para afirmar su identidad de género</i>	<i>Cualitativa Nominal</i>
<i>TRANSICIÓN MÉDICA</i>	<i>Es un método permanente en donde se utilizan fármacos como hormonas o procedimientos quirúrgicos.</i>	<i>Uso de tratamientos médicos o quirúrgicos que la persona realiza para afirmar su género.</i>	<i>Cualitativa Nominal</i>

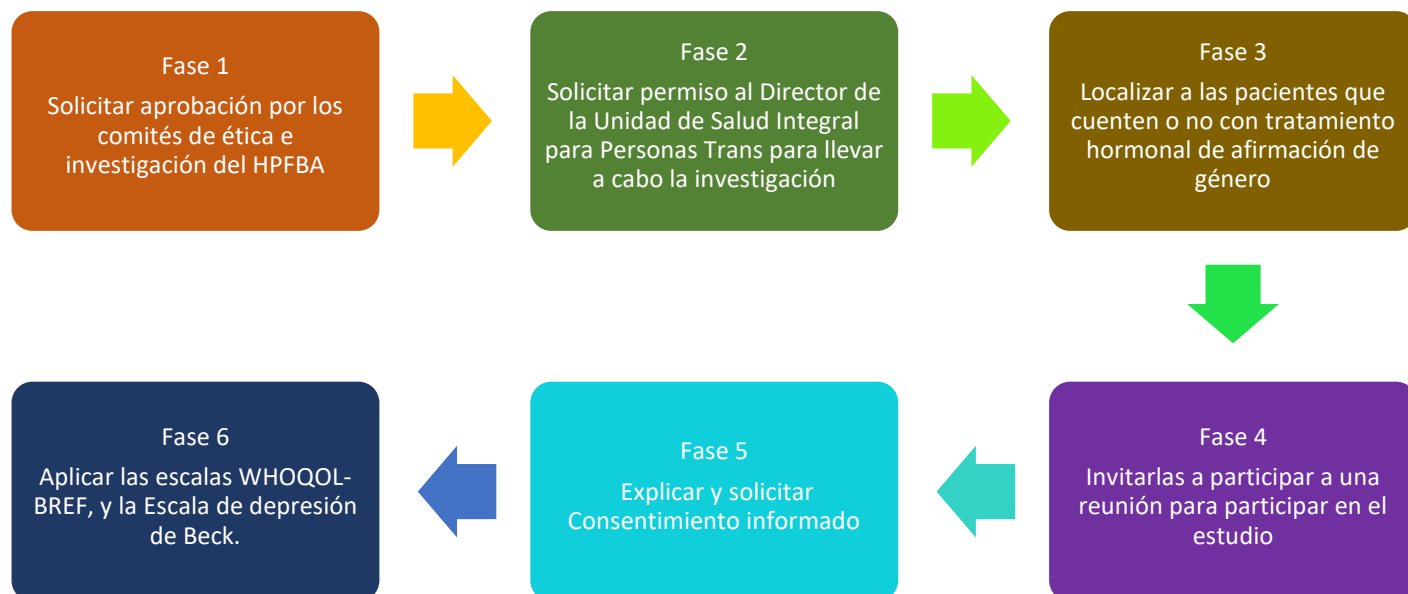
---

### **Instrumentos**

Inventario de depresión de Beck: Es una escala autoaplicada que es utilizada para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, se compone de 21 items; esta es validada y traducida al español, la puntuación va de 0 a 63 puntos, se divide en Depresión mínima 0-13, Depresión leve 14-19, Depresión moderada 20-28, Depresión grave 29-63. En el año 1998 la escala fue adaptada en México, con un Alfa Cronbach de 0.87-0.91, tiene una sensibilidad del 92% y especificidad del 59%.

WHOQOL-BREF: Es un cuestionario de calidad de vida breve hecha por la Organización Mundial de la Salud, adaptada al español, consta de 26 reactivos cada uno con opción de 5 respuestas, se califica cada dominio de manera independiente, mientras mayor sea la puntuación, mejor calidad de vida tiene, no existen puntos de corte propuestos. Las primeras 2 preguntas evalúa la calidad de vida y la salud en general, el resto se enfoca en 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales y ambiente. En el 2002 la escala fue adaptada al español de México, es una escala que se puede realizar en población adulta joven, con un Alfa Cronbach de 0.89.

## Procedimiento



## Consideraciones éticas

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de

salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

### **Plan de análisis estadístico**

Los datos serán recabados en una base de datos electrónica (Microsoft Excel) y posteriormente migrados al paquete estadístico SPSS v25 para su análisis. Se realizarán pruebas de normalidad de los datos con las pruebas Shapiro-Wilk o Kolmogórov-Smirnov según corresponda. Los datos cuantitativos serán reportados en medias y desviación estándar cuando presenten una distribución normal o en medianas y percentiles en caso contrario, mientras que las variables cualitativas serán reportadas en frecuencias y porcentajes. Para la comparación de los datos cuantitativos entre los grupos de estudio, se realizarán las pruebas T-Student para muestras independientes o de U-Mann-Whitney según corresponda y las pruebas Chi cuadrada de Pearson o exacta de Fisher para la asociación entre las variables categóricas en una tabla de contingencia y además se evaluará la relación entre los niveles de depresión con la calidad de vida mediante un análisis de correlación de Spearman o tau de Kendall según corresponda. Todos los valores de  $p < 0.05$  serán considerados como estadísticamente significativos.

## Resultados

### Análisis descriptivo:

La muestra fue recolectada en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans, en donde se les invitó a participar en el estudio, accediendo 103 mujeres trans firmando el consentimiento informado.

Iniciamos con los estadísticos descriptivos de edad, calidad de vida total (CVT), puntuación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), todo mostrado en la **tabla 1**. La edad media de las participantes fue de 28.29 años, con un rango entre 17 y 66 años. El puntaje promedio en calidad de vida fue de 106 (DE= 79.39), con valores entre 14.19 y 88. El puntaje promedio en la BDI fue también de 106 (DE=19.12), con un mínimo de 0 y un máximo de 25.5.

**Tabla 1 Descriptivos de edad**

	Media	D.E.	min	25%	50%	75%	Max
<b>Edad</b>	28.2925	11.0212	17	21	24	31.75	66
<b>CVT</b>	106.0000	79.3868	14.1949	44.0000	69.5000	79.0000	88.0000
<b>Beck</b>	106.0000	19.1226	15.4721	0.0000	8.0000	16.5000	25.5000

**CVT:** Total del cuestionario de calidad de vida, **Beck:** Resultado crudo del inventario de Beck, **Min:** Mínimo, **Max:** Máximo. Los porcentajes representan en primero, segundo y tercer cuartil.

En cuanto a la distribución de frecuencia de los lugares de nacimiento y residencia de las participantes, la mayoría nació en la Ciudad de México (CDMX), representando el 50% de la muestra, seguida del Estado de México (EDOMEX) con el 29%. También se reportaron nacimientos en Estados Unidos y Perú, cada uno con el 1%. En cuanto al lugar de residencia, el 70% habita en la CDMX y el 28% en EDOMEX, lo que indica una alta concentración en el área metropolitana. Esto es presentado en la **tabla 2**.

**Tabla 2 Frecuencia de lugares de nacimiento y residencia**

Lugar	Nacimiento	%	Residencia	%
CDMX	53	50%	74	70%
EDOMEX	31	29%	30	28%
VERACRUZ	5	5%	1	1%
TLAXCALA	3	3%	1	1%
OAXACA	3	3%	0	0%
GUERRERO	2	2%	0	0%
PUEBLA	1	1%	0	0%
EUA	1	1%	0	0%
HIDALGO	1	1%	0	0%
Morelos	1	1%	0	0%
GUANAJUATO	1	1%	0	0%
MORELOS	1	1%	0	0%
DURANGO	1	1%	0	0%
PERU	1	1%	0	0%
QUERETARO	1	1%	0	0%

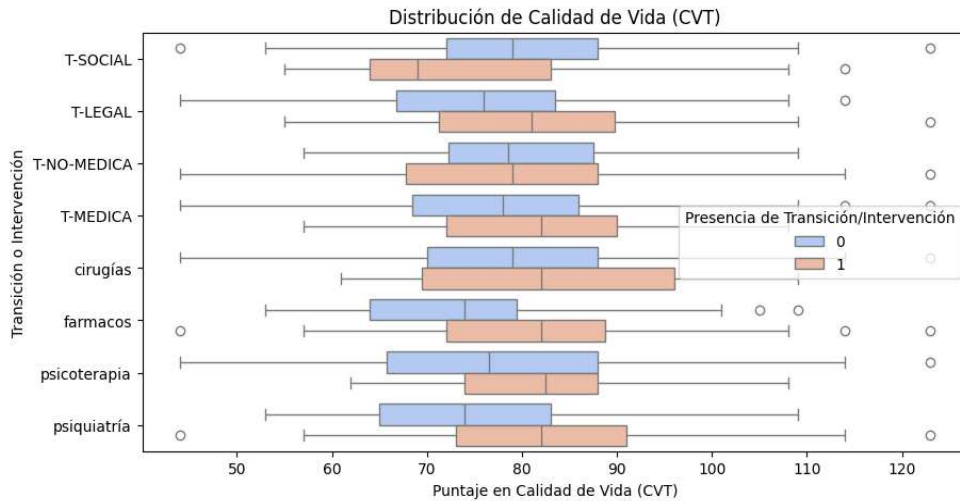
Para poder observar la frecuencia de participación de las mujeres trans en las diferentes formas de transición, así como el tipo de atención recibida (psiquiátrica, terapéutica o tratamiento farmacológico), en la **tabla 3** describimos únicamente la cifra positiva (mujeres trans que respondieron “sí”) y su porcentaje. La transición legal fue realizada por el 58% de las participantes, mientras la transición médica alcanzó un 33% y la social un 19%. El 72% de las participantes no habían iniciado terapia hormonal de afirmación de género (transición médica). En cuanto a la atención recibida, el 58% reportó haber recibido atención psiquiátrica, 32% atención terapéutica, el 70% se encuentra en tratamiento farmacológico. Finalmente, el 10.4% de la muestra se había realizado una cirugía de afirmación de género.

**Tabla 3 Frecuencia de variables dicotómicas**

	n	%
<b>Transición Social</b>	20	19%
<b>Transición Legal</b>	62	58%
<b>Transición No Médica</b>	76	72%
<b>Transición Médica</b>	35	33%
<b>Atención psiquiátrica</b>	61	58%
<b>Atención terapéutica</b>	34	32%
<b>Tratamiento farmacológico</b>	74	70%
<b>Cirugías afirmativas</b>	11	10.3774

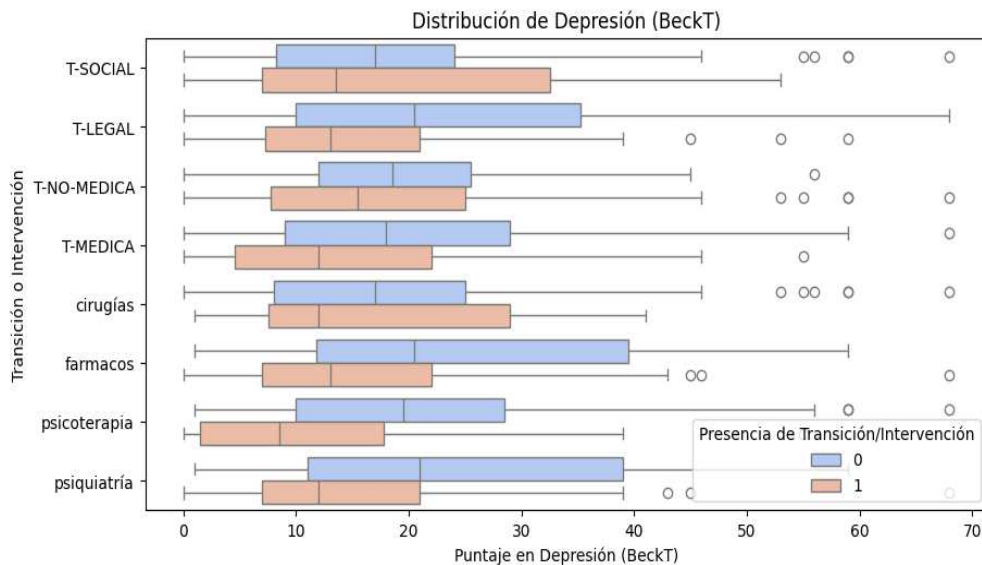
Al analizar los datos obtenidos, se observó que la calidad de vida y los síntomas depresivos, tenían una distribución diferente según el tipo de transición o intervención. En la **figura 1** Se pueden observar los puntajes en el cuestionario de calidad de vida de acuerdo con la presencia/ausencia de cada transición o intervención y en la **figura 2**, se observan lo mismo para el cuestionario de Beck. Es notable que hay una sobreposición en todas las intervenciones, con cambios mínimos en las puntuaciones de acuerdo con la intervención o transición.

**Figura 1: Distribución de la calidad de vida de acuerdo con el tipo de transición.**



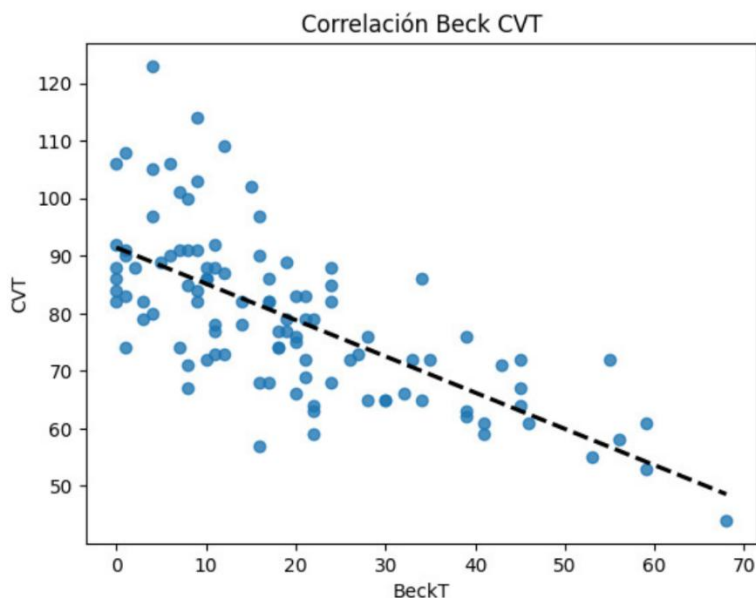
**Figura 1:** “0” representa a las mujeres trans sin intervención ni transición y “1” representa a las mujeres trans con intervención/transición. Elaboración propia.

**Figura 2: Distribución de síntomas depresivos de acuerdo con el tipo de transición.**



**Figura 2:** “0” representa a las mujeres trans sin intervención ni transición y “1” representa a las mujeres trans con intervención/transición. Elaboración propia.

**Figura3: Correlación entre el puntaje de la escala de Beck y el puntaje en la escala de calidad de vida**



**Figura 3:** Se observa una relación monotónica inversa que es concordante con lo esperado, al encontrar que personas con menor calidad de vida reportan niveles más severos de depresión.

Elaboración propia.

**Tabla 4. Análisis bivariado**

	<b>Beck</b>	<b>Beck-Aj</b>	<b>Beck-RBC</b>	<b>CVT</b>	<b>CVT-Aj</b>	<b>CVT-RBC</b>
<b>Transición Social</b>	0.6393	0.7307	-0.068	0.089	0.1582	-0.2453
<b>Transición Legal</b>	0.014	0.0373	-0.2812	0.1244	0.1991	0.176
<b>Transición No Médica</b>	0.2736	0.398	-0.1373	0.7389	0.7881	-0.0421
<b>Transición Médica</b>	0.0823	0.1582	-0.2085	0.4908	0.6544	0.0829
<b>Cirugías afirmativas</b>	0.9628	0.9628	-0.0096	0.5827	0.7172	0.1024

<b>Tratamiento farmacológico</b>	0.0039	0.0156	-0.3543	0.0133	0.0373	0.3041
<b>Atención terapéutica</b>	0.0004	0.0069	-0.4252	0.0237	0.0542	0.2733
<b>Atención psiquiátrica</b>	0.0017	0.0093	-0.357	0.0014	0.0093	0.3647

**Aj:** Valor p Ajustado por Benjamini-Hochberg. **RBC:** Correlación Rango-Biserial, el tamaño del efecto de la prueba U de Mann Whitney. En las columnas **Beck** y **CVT** se muestra el valor p de la prueba U de Mann Whitney, diferenciando de acuerdo con la presencia o ausencia de la transición mostrada o intervención implementada.

Para el análisis mostrado en la **tabla 4** se realizó la prueba U de Mann-Whitney, una prueba no paramétrica de comparación de medias por medio de rangos para muestras independientes, las columnas “Beck” y “CVT” muestran los valores p de esta prueba, con hipótesis planteadas de la siguiente forma:

$$H_1: Beck_{conintervención\ i} \neq Beck_{sinintervención\ i} \text{ o } H_1: CVT_{conintervención\ i} \neq CVT_{sinintervención\ i}$$

Donde la “intervención i” son aquellas en la primera columna de la tabla, por ejemplo, “Transición social”. Por otro lado, Beck se refiere al puntaje total del inventario homónimo y “CVT” se refiere a la puntuación en el inventario de Calidad de Vida. Dado el número de comparaciones, se realizó un ajuste de falso descubrimiento de Benjamin-Hochberg el cuál ajusta los valores p de acuerdo con el número de pruebas y a sus valores con la finalidad de reducir el error de tipo 1; ese nuevo valor p está reflejado en la columna “Beck-Aj”. La última columna corresponde al tamaño del efecto de la prueba, obtenido mediante la prueba de correlación “rango-biserial”. El valor, que puede tomar cualquier valor entre -1 y 1, indica una relación perfecta entre el rango y el grupo cuando es 1 o -1 si la relación es inversa. En este caso, por ejemplo, en la variable “Transición Legal”, el valor p ajustado en la escala de Beck es de 0.037, considerado como estadísticamente significativo, y su correlación rango-biserial es -0.298, esto indica un tamaño del efecto pequeño donde la presencia de esa transición se asocia con menor puntaje en el inventario de Beck.

Para el análisis multivariado se construyeron tres modelos de regresión (**tabla 5, 6 y 7**), que se construyeron con los mismos parámetros, ajustado para las siguientes covariables: edad, nivel de escolaridad, atención por psiquiatría y psicología, así como la farmacoterapia para depresión y ansiedad, además, en el caso de los modelos que indagan en depresión, se ajustó también para el puntaje de calidad de vida y en forma inversa, para el modelo de calidad de vida, se incluyó el puntaje crudo del inventario de Beck; las variables independientes principales fueron la realización de cirugías de afirmación, y la presencia de las transiciones legal, social, médica y no médica.

**Tabla 5: Regresión logística multivariada: Depresión**

Transición	OR ajustado	Valor p	Intervalo de confianza 95%	
			2.50%	97.50%
<b>Cirugías Afirmativas</b>	1.5049	0.6849	0.2089	10.8392
<b>Transición Social</b>	0.5362	0.3385	0.1496	1.9214
<b>Transición Legal</b>	0.156	0.0474	0.0249	0.9787
<b>Transición No Médica</b>	0.8662	0.8322	0.2294	3.2715
<b>Transición Médica</b>	0.649	0.4923	0.1889	2.2293
<b>CVT</b>	0.8464	<0.0001	0.7886	0.9084

**CVT:** Cuestionario de calidad de vida. Ajustado para edad, nivel de escolaridad, atención por psiquiatría y psicología, así como la farmacoterapia para depresión y ansiedad y cirugías de afirmación.

El modelo presentado en la **tabla 5** corresponde a una regresión logística, en la cual, la variable dependiente es depresión, codificada como variable dicotómica, es decir, si la depresión está presente o ausente, considerando como punto de corte, 14 puntos en el inventario de Beck. El modelo ajustado presentó una pseudo  $R^2$  de 0.4185 con una p del modelo < 0.0001, lo que indica un buen ajuste de los datos y una buena capacidad explicativa. Se encuentra que la transición social fue significativa en forma marginal

pero que se asoció muy importantemente como un factor de protección para depresión, reflejando que los momios de presentar depresión disminuyen en un 84% cuando se ha realizado la transición social, manteniendo el resto de los factores constantes. Destaca que las cirugías de afirmación no parecen tener un efecto significativo.

**Tabla 6: Regresión lineal múltiple: Depresión**

	Coeficiente	Error Estándar	Valor p	Intervalo de confianza 95%	
				2.50%	97.50%
<b>Cirugías de Afirmación</b>	4.0365	3.596	0.265	-3.104	11.177
<b>Legal</b>	-4.5563	2.286	0.049	-9.095	-0.017
<b>Social</b>	-4.5886	2.926	0.12	-10.399	1.221
<b>Médica</b>	-1.1174	2.381	0.64	-5.844	3.61
<b>No-Médica</b>	-0.1517	2.399	0.95	-4.915	4.612
<b>CVT</b>	-0.7188	0.078	<0.0001	-0.874	-0.564

**CVT:** Cuestionario de calidad de vida. Ajustado para edad, nivel de escolaridad, atención por psiquiatría y psicología, así como la farmacoterapia para depresión y ansiedad y cirugías de afirmación.

En la **tabla 6**, se presenta un modelo de regresión lineal (mínimos cuadrados ordinarios [OLS]), tomando como variable de salida el puntaje total del inventario de Beck.

Fórmula: Regresión OLS:  $y \sim \beta_0 + \beta_i X_i + \epsilon$

El modelo presentó una  $R^2$  ajustada de 0.539 y un BIC de 842, lo que indica un buen ajuste del modelo con una buena capacidad explicativa. Destaca en forma estadísticamente significativa, aunque en forma marginal, la transición legal, con un coeficiente negativo de -4.5, que indica que este tipo de transición disminuye la escala de final de depresión en 4.5 puntos, ajustado a las demás variables del modelo y se

considera un tamaño grande del efecto. Nuevamente las cirugías afirmativas no mostraron un efecto significativo.

**Tabla 7: Regresión lineal múltiple: Calidad de Vida.**

	Coeficiente	Error Estándar	Valor p	Intervalo de confianza 95%	
				2.50%	97.50%
<b>Cirugías de Afirmación</b>	6.7939	3.396	0.048	0.052	13.536
<b>Legal</b>	-0.7647	2.234	0.733	-5.2	3.67
<b>Social</b>	-5.8927	2.773	0.036	-11.398	-0.387
<b>Médica</b>	-1.6989	2.276	0.457	-6.218	2.82
<b>No-Médica</b>	0.0951	2.298	0.967	-4.467	4.657
<b>BeckT</b>	-0.6593	0.072	0	-0.802	-0.517

**BeckT:** Puntaje total en escala de Beck. Ajustado para edad, nivel de escolaridad, atención por psiquiatría y psicología, así como la farmacoterapia para depresión y ansiedad y cirugías de afirmación.

En la **tabla 7**, se presenta una regresión lineal similar al caso previo, pero con el puntaje del inventario de calidad de vida como variable dependiente.

Usando la fórmula Logística:  $\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_i X_i$ .

En la **tabla 6 y 7** los coeficientes beta corresponden a pendientes de cada predictor, siendo el 0 el intercepto y la i corresponde a cada predictor del modelo.

El modelo presentó una R<sup>2</sup> ajustada de 0.498 y un BIC de 833 que reflejan un buen poder explicativo y buen ajuste del modelo. Se encontró que la transición social, ajustada para las demás covariables, se asoció a un menor puntaje en el cuestionario de calidad de vida. En este caso, las cirugías de afirmación sí se asociaron con un cambio positivo el puntaje final del cuestionario de calidad de vida, mejorando el puntaje 6.8 puntos cuando estuvieron presentes, aunque el efecto fue marginalmente significativo con una p de 0.048 y un intervalo de confianza muy amplio.

En conjunto estos resultados indican que las transiciones tienen un efecto sobre la depresión y calidad de vida de las mujeres trans, aunque los efectos encontrados tienen significancias marginales, además, se encontró que la transición social se asocia con menor depresión, pero con menor calidad de vida, lo cual podría parecer contradictorio pero podría deberse a que, aunque ser reconocida socialmente reduce la disforia y la depresión, la discriminación o el rechazo social impactan negativamente la calidad de vida., disminuyendo el puntaje total, pese a que se asoció a una disminución en el puntaje de depresión. Estos hallazgos pueden deberse al tipo de muestra y variables ajustadas en el modelo, pero también indican que la psicopatología en este grupo de pacientes es compleja y requiere un abordaje integral, y que los resultados a nivel de la calidad de vida y de la depresión, no dependen solo de su transición, médica, social, legal o de otro tipo, sino que se interrelacionan con su entorno social, familiar, laboral, escolar, y cualquier otro donde se desarrollan en el día a día. Por tal motivo, es fundamental apoyar a las mujeres trans en su proceso afirmativo.

### **Discusión**

El estudio tuvo como objetivo comparar los síntomas depresivos y la calidad de vida entre mujeres trans que llevan seis meses o más en terapia hormonal de afirmación de género y aquellas que no han iniciado la terapia hormonal atendidas en la Unidad de Salud Integral para personas Trans. Al momento de analizar los resultados nuestra hipótesis fue comprobada al observar una mejoría de síntomas depresivos y calidad de vida, sin embargo, no fue el resultado más significativo, ya que decidimos agregar como variable cada tipo de transición que una persona puede realizar y obtuvimos datos bastante interesantes, pudimos interpretarlos de manera más puntual e individualizar el impacto que tiene cada una de las mismas en la calidad de vida y los síntomas depresivos.

La transición legal fue la que más impacto positivo presentó en cuanto a la calidad de vida y disminución de síntomas depresivos, lo que nos demuestra que el reconocimiento legal de la identidad del género de la persona contribuye a un mayor bienestar psicológico, al promover la visibilidad y la validación de las personas [15]. De acuerdo con “Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse

People, Version 8" de Coleman (2022), se comenta que la transición legal de género es un paso importante en el proceso de afirmación de género, este debe ser accesible sin requerimientos médicos o quirúrgicos obligatorios, el procedimiento debe ser rápido, confidencial, transparente y gratuito, así como se recomienda que el gobierno haga el proceso legal basándose en la autodeterminación de las personas [2]. Continuando con lo analizado en nuestro estudio, la transición social demostró ser un factor protector para depresión, y confirma que es indispensable que las personas trans sean visibles, respetadas y parte de la sociedad. En México, lamentablemente, existen casos de discriminación estructural, exclusión laboral y violencia interpersonal, condicionando una percepción negativa de manera global de su bienestar; esto es descrito en el modelo de estrés de las minorías [17], en donde se plantea que la exposición crónica al estigma y la invalidación social genera una carga emocional adicional que impacta negativamente la salud mental de las personas, inclusive personas trans que ya se encuentran en su proceso de afirmación de género. Debemos enfatizar lo que describe el autor Yarns en su publicación del 2016, sobre la estigmatización a lo largo de la vida, el pobre soporte familiar y las barreras de acceso a servicios de salud, son factores de riesgo, a nueva cuenta se observa que el impacto social se relaciona con la salud mental y calidad de vida de las personas trans, por lo que se les alienta a que hagan una red de apoyo social (comunidad), descubran el sentido de identidad positiva y resiliencia, así como acudan y participen en espacios comunitarios o grupos de apoyo [16].

Una vez abordado las dos variables con más impacto en el estudio, continuamos con la transición médica, la cual se divide en terapia hormonal de afirmación de género y los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género.

A pesar de que en el estudio no se observaron diferencias significativas en la reducción de síntomas depresivos ni en la mejora de calidad de vida en el análisis multivariado sobre el uso de terapia hormonal, no debemos olvidar lo que se demuestra en la literatura acerca del uso de hormonas. La terapia hormonal, de manera superficial, sabemos que genera cambios físicos (crecimiento mamario, reducción del tamaño de los testículos, redistribución de la grasa corporal, etc.) [21], algo sorprendente que se

demonstró en el artículo publicado por Bockting, fue la presencia de modificaciones cerebrales durante el uso de la terapia hormonal, creando así la hipótesis sobre la presencia de alguna relación entre el uso de hormonas y genes asociados con el receptor de estrógenos y andrógenos, tema que puede ser considerado para una nueva investigación [15].

En relación con las cirugías afirmativas, se demostró en el análisis una pequeña mejora en la calidad de vida, lo que concuerda con los resultados del primer estudio de salud trans en Tailandia (2022), en donde al valorar la calidad de vida posterior a la intervención quirúrgica, se obtuvo una puntuación relevante en el dominio psicológico [22].

Por último, pero no menos importante, en el estudio se evidenció que la atención psiquiátrica, psicoterapéutica y el uso de psico-fármacos se asociaron de manera significativa con una reducción de síntomas depresivos y una mejor calidad de vida, considerándolas intervenciones efectivas. Estos hallazgos reafirman la necesidad de un enfoque integral e interdisciplinario en la atención de la salud de las personas trans, tal como lo recomiendan las Normas de Atención de WPATH [2], donde enfatiza la coordinación entre los servicios médicos, psicológicos, sociales y legales como pilar fundamental del bienestar de la comunidad.

No obstante, se debe reconocer algunas limitaciones metodológicas del estudio. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre variables, así como el tamaño de la muestra; si bien aunque fue adecuado para análisis descriptivos y comparativos, podría no haber tenido el poder estadístico suficiente para detectar efectos más sutiles. Asimismo, no se evaluaron de forma detallada factores sociales específicos como el apoyo familiar o el entorno laboral, que pueden influir significativamente en los resultados. Otro dato importante que comentar es la falta de escalas específicas para las personas trans validadas en México, esto podría haber limitado la sensibilidad de los instrumentos utilizados para captar las experiencias particulares de la comunidad.

## Conclusión

En el estudio pudimos observar que la transición legal fue la que más disminuye los síntomas depresivos y mejora la calidad de vida, de igual manera la transición social mejoró la calidad de vida de las participantes y algo a destacar fue que al realizar el análisis se comprobó que es un factor protector para síntomas de depresión.

A pesar de que el enfoque inicialmente era sobre la transición médica, el estudio nos demostró que, para poder impactar de manera significativa en la calidad de vida de las mujeres trans, se debe tomar en cuenta un manejo integral, sobre todo la visibilidad, respeto y el trato digno que merecen.

Finalmente, los hallazgos de este estudio subrayan que las mejoras en la calidad de vida y en la salud mental de las mujeres trans no depende exclusivamente de la intervención médica, sino de algo más amplio que incluye el reconocimiento legal, soporte y acompañamiento emocional, el acceso a servicios de salud mental y la inclusión social, respaldando la importancia de un manejo integral. El abordaje de las necesidades de la población debe ser multisectorial, respetuoso de su identidad y basado en un enfoque considerando sus derechos.

En futuras investigaciones se debe considerar que sean estudios longitudinales con una muestra más amplia y representativa, así se permitiría la evaluación antes, durante y posterior a los procesos de transición incluyendo variables de contenido social, acompañamiento psicoeducativo tanto para la paciente como a sus familiares; esto representa un impacto importante en la salud mental de las personas y su calidad de vida.

## Referencias

1. Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 465-487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
2. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., . . . Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
3. Baker, K., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, Mental Health, and Quality of Life among Transgender People: A Systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4). <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
4. Feil, K., Riedl, D., Gschwentner, L., Vomstein, K., Wegscheider, J., Arnold, E., & Toth, B. (2022). Development of a Quality-of-life questionnaire for transgender individuals during hormone therapy (itransqol). *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306(4), 1337-1347. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06689-9>
5. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(6), 484-498. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(18\)30305-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(18)30305-x).
6. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
7. Nguyen, H., Chavez, A., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D. M., & Epperson, C. N. (2018). Gender-Affirming Hormone use in Transgender

- Individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.
8. De Estadística Y, I. N. (s. f.). *Conociendo a la población LGBTI+ en México*. [https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/lgbti/#:~:text=Encuesta%20Nacional%20sobre%20Diversidad%20Sexual%20y%20de%20G%C3%A9nero%20\(ENDI%20SEG\)%202021.&text=De%20las%20personas%20que%20se,34.8%20%25%20es%20transg%C3%A9nero%20o%20transexual](https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/lgbti/#:~:text=Encuesta%20Nacional%20sobre%20Diversidad%20Sexual%20y%20de%20G%C3%A9nero%20(ENDI%20SEG)%202021.&text=De%20las%20personas%20que%20se,34.8%20%25%20es%20transg%C3%A9nero%20o%20transexual).
  9. Henderson, E. R. (2021). A comparison of Health-Related Quality of Life among Transgender adults in the United States. *Journal of Homosexuality*, 69(5), 857-874. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1892406>
  10. Suess A. Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Rev Estud Soc*. 2014; 9 (49): 128-43
  11. Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1. <https://doi.org/10.7326/aitc201907020>
  12. Admin, & Admin. (2023, 30 marzo). El paraguas trans en la UNAM. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/el-paraguas-trans-en-la-unam/>
  13. O'Flaherty, M. (2015). The Yogyakarta Principles at Ten. *Nordic Journal of Human Rights*, 33(4), 280-298. <https://doi.org/10.1080/18918131.2015.1127009>
  14. García, R. R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2), 65-67. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>
  15. Bockting, W. O., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamón, A., Meyer, I. H., Meyer, W. J., Reisner, S. L., Sevelius, J., & Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 188-197. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000232>

- 16.** Yarns, B. C., Abrams, J. M., Meeks, T. W., & Sewell, D. D. (2016). The mental health of older LGBT adults. *Current Psychiatry Reports*, 18(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>.
- 17.** Meyer, G., Boczek, U., & Bojunga, J. (2020). Hormonal Gender reassignment Treatment for gender dysphoria. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0725>
- 18.** Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas Lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas. (2020). En Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad [DR. GUSTAVO REYES TERÁN], <https://www.gob.mx/insalud> (.). Simón KawaKarasik.
- 19.** Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., . . . Zucker, K. (2018). Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. *The International Journal of Transgenderism/International Journal Of Transgenderism*, 19(3), 287-354. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1503902>
- 20.** What is gender affirmation? — TransHub. (s. f.). TransHub. <https://www.transhub.org.au/101/gender-affirmation#do-only-trans-people-affirm-their-gender>.
- 21.** Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., . . . Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *The International Journal of Transgenderism/International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

- 22.** Chaovanalikit, T., Wirairat, K., & Sriswadpong, P. (2022). Quality of Life, Self-Esteem, and Depression Among Thai Transgender Women Before and After Male-to-Female Gender Confirmation Surgery: A Prospective Cohort Observational Study. *Sexual Medicine*, 10(4), 100533. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100533>
- 23.** Lindqvist, E. K., Sigurjónsson, H., Möllermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. (2016). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40(3), 223-226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>
- 24.** Srikummoon, P., Oon-arom, A., Manojai, N., Maneeton, B., Maneeton, N., Wiriyacosol, P., Chiawkhun, P., Kawilapat, S., Homkham, N., & Traisathit, P. (2023). Experiences of being bullied and the quality of life of transgender women in Chiang Mai province, Thailand. *Transgender health*, 8(2), 175-187. <https://doi.org/10.1089/trgh>.
- 25.** Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative Systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 17(9), 1826-1854. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003869>
- 26.** Del Carmen Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100001>
- 27.** Huerta, J. A. L., Romo, R. A. G., & Tayabas, J. M. T. (2017). PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHO QOL BREF EN UNA MUESTRA MEXICANA. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 44(2), 105-115. <https://doi.org/10.21865/ridep44.2.09>
- 28.** Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical Satisfaction and Quality of Life Outcomes reported by transgender men and women at least one

year post gender-affirming surgery: a Systematic literature review. *International journal of transgender health*, 23(3), 255-273.  
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>

## Anexos

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

#### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---



Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE