

Encuesta sobre Población Trans: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans

Encuestadora N°

PRUEBA PILOTO 2012

Cuestionario N°

Esta encuesta tiene como objetivos conocer las características sociodemográficas de la población Trans y describir sus condiciones de vida, experiencias de discriminación y vínculos con el ámbito judicial.

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS SUMINISTRADOS

Artículo 10: Las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial, ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieren. Quedan exceptuados del secreto estadístico los siguientes datos de registro: nombre y apellido o razón social, domicilio y rama de actividad.

1. IDENTIDAD Y RELACIONES INTERPERSONALES

1 ¿Cuál es su nombre?
Deberá registrar el nombre que la persona entrevistada declare.
.....

2 ¿Ud. vive...
sola/o? (1) → **4**
con otra/s persona/s? (2)

3 ¿Quiénes son las personas con las que Ud. vive?
Liste las personas anotando el N° de orden, el nombre de pila y la relación de parentesco con la persona encuestada, teniendo en cuenta el siguiente orden: cónyuge/pareja, hija/o, hijastra/o, madre/padre, amiga/o, inquilina/o, compañera/o, etc.

Persona N°	Nombre	Relación o parentesco
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si convive con más de seis personas, siga listando en el lugar de Observaciones.

4 ¿Cuántos años tiene? (en años cumplidos)

5 ¿Su identidad es travesti, transexual, transgénero, hombre trans, mujer trans, intersex u otra?
Marque lo que declare la persona encuestada.

Travesti (1)
Transexual (2)
Transgénero (3)
Hombre trans (4)
Mujer trans (5)
Intersex (6)
Otra (especificar) (7)
.....

6 ¿A qué edad expresó socialmente esta identidad?

Hasta los 12 años (1)
entre los 13 y los 17 años (2)
entre los 18 y los 25 años (3)
entre los 26 y los 35 años (4)
luego de los 35 años (5)

7 Por su identidad Trans, ¿vivió experiencias de discriminación por parte de ...

	Sí	No
familiares o parientes?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
su pareja o ex pareja?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
amigos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
vecinos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

8 Por su identidad Trans, ¿vivió experiencias de discriminación en la vía pública por parte de personas desconocidas?

Sí (1)
No (2)

2. MIGRACIONES

9 ¿En qué país nació?

Argentina (1)

Otro país (especificar)

..... (2) → 11

10 ¿En qué provincia nació?

Considere Ciudad de Buenos Aires como una provincia y recuerde que no pertenece a la provincia de Buenos Aires.

En esta provincia (1)

Ciudad de Buenos Aires (Capital Federal) (2)

Provincia de Buenos Aires (3)

Otra provincia (especificar)

.....
.....

11 ¿Dónde vivía hace cinco años?

Considere Ciudad de Buenos Aires como una provincia y recuerde que no pertenece a la provincia de Buenos Aires.

En este municipio (o localidad) (1)

En otro municipio (o localidad) de esta provincia (2)

Ciudad de Buenos Aires (Capital Federal) (3)

Provincia de Buenos Aires (4)

Otra provincia (especificar)

Otro país (especificar)

.....

12 ¿Dónde vive habitualmente?

Considere Ciudad de Buenos Aires como una provincia y recuerde que no pertenece a la provincia de Buenos Aires.

En este municipio (o localidad) (1)

En otro municipio (o localidad) de esta provincia (2)

Ciudad de Buenos Aires (Capital Federal) (3)

Provincia de Buenos Aires (4)

Otra provincia (especificar)

Otro país (especificar)

.....

13 Por su identidad Trans, ¿vivió experiencias de discriminación que provocaron que Ud. tuviera que irse a vivir a otro barrio, ciudad o provincia?

Sí (1)

No (2)

3. EDUCACIÓN

14 ¿Sabe leer y escribir?

Sí (1)

No (2)

15 ¿Asiste regularmente o asistió a un establecimiento educativo?

Asiste regularmente (1)

Asistió (2)

Nunca asistió (3) → 20

16 ¿Qué nivel educativo cursa o cursó?

Inicial (jardín, prescolar) (1)

Primario (2)

EGB (3)

Secundario (4)

Polimodal (5)

Superior no universitario (6)

Universitario (7)

Post universitario (8)

Educación especial (9) → 18

17 ¿Completó ese nivel?

Sí (1)

No (2)

18 Por su identidad Trans, ¿vivió experiencias de discriminación por parte de ...

	Sí	No
directoras/es de escuela?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
maestras/os, profesoras/es?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
personal no docente ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
compañeras/os de escuela?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

Si responde No a todas las opciones PASE A PREGUNTA 20.

19 Por la discriminación vivida, ¿tuvo que dejar la escuela?

Sí (1)

No (2)

4. SEGURIDAD SOCIAL

20 ¿Tiene cobertura de salud por ...

Lea todas las opciones y marque la cobertura que la persona entrevistada usa más frecuentemente.

obra social (incluye PAMI)? (1)

prepaga a través de su obra social? (2)

prepaga sólo por contratación voluntaria? (3)

programas o planes de salud? (4)

(incluye PROFE)

No tiene obra social, prepaga o plan estatal (5)

21 ¿Recibe jubilación o pensión?
Sí (1)
No (2)

28 ¿Hizo alguna modificación en su cuerpo?
Sí (1)
No (2) → **37**

22 ¿Recibe algún dinero o mercancía de Programa o Plan de Gobierno?
Sí (1) ¿Cómo se llama el Programa o Plan?
.....
.....
No (2)

29 ¿Se realizó implantes o prótesis mamarias?
Sí (1)
No (2) → **31**

23 Por su identidad Trans, ¿vivió experiencias de discriminación al hacer trámites o reclamos en oficinas públicas?
Sí (1)
No (2)

30 ¿La realizó en ...
hospital público? (1)
clínica privada? (2)

5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

24 ¿Participa de actividades promovidas por alguna organización social?
Sí (1)
No (2)

31 ¿Se inyectó siliconas u otro líquido en cadera, mamas o glúteos ?
Sí (1)
No (2)

25 ¿Participa de actividades promovidas por algún partido político?
Sí (1)
No (2)

32 Por su identidad Trans, ¿Decidió realizar extracción de mamas?
Sí (1)
No (2) → **34**

6. SALUD

26 ¿Realiza o realizó algún tratamiento de hormonización?
Sí (1)
No (2) → **28**

33 ¿La realizó en...
hospital público? (1)
clínica privada? (2)

27 ¿Este tratamiento está o estuvo bajo control médico?
Sí (1)
No (2)

34 ¿Realizó cambio de sexo?
Sí (1)
No (2) → **37**

35 ¿Esta modificación fue realizada en...
Argentina? (1)
otro país? → **37** (2)

36 ¿Dónde realizó esta modificación...
hospital público? (1)
clínica privada? (2)

37 Por razones económicas, ¿hay alguna modificación corporal que no pudo realizar?

Sí (1) ¿Cuál/es?

.....

No (2)

44 ¿Conoce organizaciones que protejan de la discriminación?

Sí (1) ¿Cuál/es?

.....

.....

No (2) → **47**

38 Habitualmente, cuando tiene un problema de salud o siente algún malestar, ¿consulta en...

	Sí	No
hospital público?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
centro de salud, salita o unidad sanitaria?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
establecimiento o consultorio privado?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
otro lugar? (especificar)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
.....		

45 ¿Realizó alguna denuncia o reclamo ante estas organizaciones?

Sí (1)

No (2) → **47**

39 Por su identidad Trans ¿vivió experiencias de discriminación por parte de ...

	Sí	No
médicas/os?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
enfermeras/os?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
personal administrativo?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

Si responde NO a todas las opciones PASE A PREGUNTA 41

46 ¿Obtuvo una respuesta satisfactoria?

Sí (1)

No (2)

8. ACCESO A LA JUSTICIA

40 La discriminación por su identidad Trans, ¿provocó que Ud. tuviera que ...

	Sí	No
abandonar algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
dejar de concurrir a un ámbito de salud?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

(hospital, salita, clínica, etc.)

47 ¿Alguna vez la/lo detuvieron sin intervención de un juez?

Sí (1)

No (2)

7. ALFABETIZACIÓN JURÍDICA

48 ¿En alguna ocasión la/lo detuvieron con intervención de un juez contravencional?

Sí (1)

No (2) → **50**

41 ¿Conoce si existen leyes, normativas que protejan de la discriminación?

Sí (1)

No (2)

49 En ese proceso, ¿tuvo...

abogada/o personal?	<input type="checkbox"/> (1)
defensor/a oficial/abogada/o de oficio?	<input type="checkbox"/> (2)
Ninguna de ellas	<input type="checkbox"/> (3)

42 ¿Recibió información sobre la Ley de Identidad de Género?

Sí (1)

No (2)

50 ¿En alguna ocasión fue arrestada/o con causa judicial?

Sí (1)

No (2) → **52**

43 ¿Recibió orientación jurídica sobre discriminación o hechos de violencia?

Sí (1)

No (2)

51 En ese proceso, ¿tuvo...

abogada/o personal?	<input type="checkbox"/> (1)
defensor/a oficial/abogada/o de oficio?	<input type="checkbox"/> (2)

52 Por su identidad Trans, ¿vivió hechos de discriminación por parte de la policía?

Sí (1)

No (2) → **54**

53 ¿Esta búsqueda se dificulta por su identidad Trans?

Sí (1)

No (2)

53 ¿Cuáles fueron estos hechos?

.....

.....

.....

59 ¿Realizó algún curso de capacitación/formación laboral?

Sí (1)

No (2) → **61**

9. OCUPACIÓN

60 ¿El curso realizado le sirvió para conseguir trabajo?

Sí (1)

No (2)

54 ¿Actualmente realiza actividades por las que obtiene dinero?

Sí (1)

No (2) → **56**

10. VIVIENDA

55 ¿Cuál es el nombre de esa/s actividad/es?

Sí la respuesta es "prostitución o trabajo sexual" NO REALICE LA PREGUNTA 56 Y PASE A PREGUNTA 57.

1

.....

2

.....

61 ¿Usted vive en...

una casa? (1)

un rancho? (2)

una casilla? (3)

un departamento? (4)

una pieza de inquilinato? (5)

una pieza en hotel familiar o pensión? (6)

un local no construido para habitación? (7)

una vivienda móvil? (8)

situación de calle? **FIN DE LA ENTREVISTA** (9)

56 ¿Está o estuvo alguna vez en situación de prostitución?

Sí (1)

No (2)

62 ¿Cuál es el material predominante de los pisos...

cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombrado, cemento alisado? (1)

contrapiso, escombros o ladrillo fijo? (2)

tierra o ladrillo suelto? (3)

Otro (4)

57 ¿Está actualmente buscando alguna fuente de ingreso?

Sí (1)

No (2) → **59**

63 ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores de su vivienda ...

ladrillo, piedra, bloque u hormigón? (1)

adobe? (2)

chapa de metal o fibrocemento? (3)

madera? (4)

cartón, material de desecho? (5)

Otro (6)

64 ¿Las paredes exteriores tienen revoque o revestimiento externo?

Sí (1)

No (2)

65 ¿Tiene agua...

por cañería dentro de la vivienda? (1)

fuera de la vivienda pero dentro del terreno? (2)

fuera del terreno? (3)

66 Para cocinar ¿utiliza principalmente...

gas de red? (1)

gas en garrafa? (2)

gas en tubo o zeppelin? (3)

electricidad? (4)

leña o carbón? (5)

Otro (6)

67 ¿Tiene baño con inodoro?

Sí (1)

No (2) → **69**

68 El desagüe del inodoro ¿es...

a red pública (cloaca)? (1)

a cámara séptica y pozo ciego? (2)

sólo a pozo ciego? (3)

a hoyo, excavación en la tierra, etc.? (4)

69 La vivienda en la que reside ¿es...

propiedad de su familia? (1)

de su propiedad? (2)

alquilada? (3)

prestada? (4)

Otra situación (especificar) (5)

.....

70 ¿Cuántas habitaciones o piezas tiene su vivienda?

71 ¿En su vivienda tiene ...

	Sí	No
heladera?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
lavarropas automático?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
computadora?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
servicio de internet?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
sistema de refrigeración/calefacción?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
televisión por cable?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

72 ¿En la cuadra donde vive tiene ...

	Sí	No
alumbrado público?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
pavimento?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
recolección de residuos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
(al menos dos veces por semana)		

73 ¿En qué barrio o localidad está ubicada su vivienda?

.....

.....

11. ACCESO A BIENES

74 ¿Usted accedió a ...

	Sí	No
un plan de vivienda?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
un crédito bancario?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
una tarjeta de crédito?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

Observaciones:

A series of horizontal dotted lines for writing observations.

BLANCA