

DISCRIMINACIÓN EN CONTEXTOS DE SALUD: UNA MIRADA A PARTIR DE LAS
NARRATIVAS CONSTRUIDAS POR PERSONAS TRANSGÉNERO Y PROFESIONALES
EN SALUD EN VILLAVICENCIO



YESICA NATALY ARIZA RINCÓN
YINA FERNANDA TILAGUY RODRIGUEZ
NATALIA TRUJILLO ROMERO



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2020

DISCRIMINACIÓN EN CONTEXTOS DE SALUD: UNA MIRADA A PARTIR DE LAS
NARRATIVAS CONSTRUIDAS POR PERSONAS TRANSGÉNERO Y PROFESIONALES
EN SALUD EN VILLAVICENCIO

YESICA NATALY ARIZA RINCÓN
YINA FERNANDA TILAGUY RODRIGUEZ
NATALIA TRUJILLO ROMERO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de psicólogo

Asesora
Mg. FANIA CATALINA SOSA CÓRDOBA
Magister en Paz, Desarrollo y Ciudadanía

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2020

Autoridades Académicas

P. JOSÉ GABRIEL MESA ANGULO, O.P.

Rector General

P. EDUARDO GONZALES GI, O.P

Vicerrector Académico General

P. JOSE ANTONIO BALAGUERA CERPADA, O.P.

Rector Sede Villavicencio

P. RODRIGO GARCIA JARA, O.P.

Vicerrector Académico Sede Villavicencio

JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN

Secretaria de División Sede Villavicencio

ANDREA CAROLINA CAÑON SANCHEZ

Decana Facultad de Psicología

Nota De Aceptación

ANDREA CAROLINA CAÑON SANCHEZ

Decano de Facultad de psicología

FANIA CATALINA SOSA CÓRDOBA

Director Trabajo de Grado

LAURA ROCIO MUÑOZ CASTILLO

Jurado

Villavicencio, junio de 2020

Agradecimientos

Tras lograr concluir con éxito un proyecto que en sus inicios parecía ser una tarea titánica, no resta más que agradecer en primer lugar a Dios mi principal guía; a mis padres por su amor, esfuerzo y confianza; a mi hermana por su apoyo y a mi sobrino por ser mi faro de luz. Agradezco enormemente el empeño de aquellos docentes que dejaron su huella en este proceso, a mis compañeras por su dedicación, constancia y paciencia ante las adversidades y por último pero no menos importante, doy gracias a nuestros actores Cindy, Shirley, Pablo y Andrea pues son ellos quienes finalmente le dan sentido a esta investigación.

Yesica Nataly Ariza Rincón

En primer lugar, quiero agradecerle a Dios por darme la oportunidad de alcanzar un logro más; a mis padres, por su constante amor, apoyo y en especial por cada uno de sus esfuerzos para hacer posible este sueño; a mi equipo de trabajo, por la dedicación y el compromiso que sembramos en este proyecto desde el inicio hasta el final. Por último, quiero agradecer a aquellos docentes que nos acompañaron y guiaron durante este camino, gracias porque con sus conocimientos contribuyeron en mi formación tanto profesional como personal.

Yina Fernanda Tilaguy Rodríguez

Tras la culminación de un proyecto al cual se le invirtió tanto tiempo y esfuerzo, lo único que resta es dar las gracias, es por ello, que hoy agradezco a Dios y a la vida por permitirme llegar hasta aquí, a mis padres quienes son mi fuente de inspiración, a mi hermano quien ha sido mi gran apoyo, motivación y ejemplo a seguir a lo largo de mi vida, sin ellos no sería la persona que soy hoy y a mis compañeras de trabajo por su comprensión y arduo trabajo. Finalmente, agradezco a cada uno de los docentes que nos apoyó durante este proceso ¡Gracias!

Natalia Trujillo Romero

Tabla de contenido

	Pág.
RESUMEN	9
PROBLEMATIZACIÓN	11
Planteamiento del problema	11
Justificación.....	15
OBJETIVOS	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos.....	17
MARCO DE REFERENCIA	18
Marco epistemológico/paradigmático	18
Marco Disciplinar.....	19
Marco multidisciplinar	23
Marco normativo/legal	25
Antecedentes investigativos	28
METODOLOGÍA	35
Método	36
Actores	36
Estrategia.....	37
Trayectoria/procedimiento	40
CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	65
APORTES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	67
Aportes	67
Limitaciones	68
Sugerencias.....	68
REFERENCIAS.....	69

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Consideraciones éticas para el desarrollo de la investigación	42
Tabla 2. Escenario conversacional con participantes transgénero.....	46
Tabla 3. Escenario conversacional con participantes profesionales en salud	49
Tabla 4. Narrativas dominantes y alternas: participantes transgénero.....	53
Tabla 5. Narrativas dominantes y alternas: profesionales en salud	55

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Un viaje por mi historia.....	38
Figura 2. El otro lado del viaje.....	39
Figura 3. Regreso a casa	39

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1. Protocolo de Aplicación con Población Transgénero	78
Anexo 2. Protocolo de Aplicación con Profesionales en Salud.....	80

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo comprender las situaciones de discriminación en contextos de salud desde narrativas construidas por personas transgénero y profesionales en salud en Villavicencio, a través de una metodología cualitativa, un paradigma interpretativo y una epistemología construccionista social. Se cuenta con la participación de cuatro actores, de los cuales dos son mujeres transgénero mayores de 18 años y dos profesionales en salud, quienes han tenido mínimo una experiencia en atención a población transgénero. Se implementa un método narrativo y como herramienta de investigación se hace uso de escenarios conversacionales, para el análisis de las narrativas se hace uso de una matriz de codificación conformada por las categorías de análisis.

Los hallazgos dan cuenta de situaciones discriminatorias hacia personas transgénero en contextos de salud a razón de su identidad de género, asimismo, la falta de capacitación en la vida laboral de los profesionales en salud sobre atención diferencial a población LGBTI, anticipación al estigma por parte de las personas transgénero, el no reconocimiento del nombre identitario y el uso de lenguaje despectivo por parte del personal de salud, se comprenden como algunas de las barreras de acceso a servicios de salud para la población transgénero.

Palabras clave: Discriminación; Personas transgénero; Profesionales en salud; Narrativas.

Abstract

This research aims to understand situations of discrimination in health contexts from narratives constructed by transgender people and health professionals in Villavicencio, through a qualitative methodology, an interpretive paradigm and a social constructionist epistemology. There are four participants, two of them are transgender women over 18 years old and two health professionals, who have had at least one experience in health caring for transgender people. The narrative method is implemented, as a research tool conversational scenarios are used and the analysis of narratives is done through a coding matrix formed by the categories of analysis.

The findings indicate discriminatory situations towards transgender persons in health contexts due to their gender identity, as well as the lack of training in the working life of health professionals on differential care for the LGBTI population, anticipation of stigma by transgender people, the non-recognition of identity names and the use of derogatory language by health professionals are understood as some of the barriers to access to health services for the transgender people.

Keywords: Discrimination; Transgender people; Health professionals; Narratives.

Problematización

Planteamiento del problema

Es importante mencionar que en Colombia, la prestación del servicio de salud es responsabilidad del Estado, el cual, garantiza este derecho a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido en la ley 100 de 1993 por el Congreso de Colombia, el SGSSS cuenta con un régimen contributivo, en el que se encuentran afiliadas personas con ingresos mensuales superiores a un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) y un régimen subsidiado, en el que se ubica la población que no puede hacer una retribución monetaria para acceder al servicio de salud, además, existe un sistema de atención de hospitales públicos que brinda el servicio de salud a personas con régimen subsidiado, contributivo y población no afiliada (Suárez, Puerto, Rodríguez & Ramírez, 2017).

Sin embargo, durante el último año la prestación del servicio de salud en Colombia ha venido presentando problemas que obstaculizan el cumplimiento del derecho a la salud, la Defensoría del Pueblo (2018a), afirma que aún existen vulneraciones hacia los derechos de las personas que requieren un servicio de salud, debido a las deficiencias que presenta el servicio como “la falta de capacidad resolutoria de los diferentes actores, la no garantía de los beneficios contemplados en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) y la falta de oportunidad en la atención” (p.19), lo cual refleja las falencias estructurales que tiene el Sistema de Salud.

Cuando se habla de población colombiana, también se incluyen a todas aquellas comunidades y grupos minoritarios, como la comunidad LGBTI, de manera que, estos grupos también cuentan con el mismo derecho a la salud, establecido por la Constitución Política de 1991 (Baez, Camacho, Martínez & Rojas, 2016).

Mejía y Benavides (como se citó en por Báez, Camacho, Martínez & Rojas, 2016), realizaron un estudio en la ciudad de Bogotá con los diferentes subgrupos pertenecientes a la comunidad LGBTI, en donde evidenciaron que las personas transgénero, son el subgrupo con más barreras de acceso a los servicios de salud, dichas barreras se encuentran enmarcadas por algunos

tipos de discriminación como burlas, comentarios, miradas juzgantes y en algunos casos no solo se niega el servicio de salud sino también, se excluye totalmente.

Asimismo, el Ministerio del Interior (2018b) realizó una encuesta exploratoria en el año 2017, sobre las experiencias de personas transgénero que han utilizado los servicios de salud en Colombia, se obtuvo como resultado que, de 227 personas encuestadas el 85% han sentido que los profesionales en salud, no están sensibilizados con las realidades de las personas transgénero; el 83% refieren que los profesionales en salud no están capacitados para atender sus necesidades; el 57% han pospuesto su atención en salud por miedo a que su género influya en la prestación del servicio de salud y el 55% manifiestan haberse sentido agredidas por parte de los profesionales en salud.

Domínguez, Ramírez y Arrivillaga (2018), encontraron que de 109 mujeres transgénero encuestadas, el 71,6% de ellas estaban cubiertas por el SGSSS, a pesar de esto, la investigación evidencia que, las cifras no garantizan un acceso oportuno a los servicios curativos, preventivos y a la atención específica acorde a sus necesidades. De acuerdo con las mismas autoras, el acceso a medicamentos y a consulta con especialista no tuvo resultados favorables en tanto calidad y oportunidad, de manera que, no se atienden las necesidades propias de su identidad de género, incluyendo los procesos de transformación corporal.

De igual forma, Bustos y Fonseca (2016), realizaron una investigación dirigida a comprender la construcción de significados sobre el proceso de inclusión y exclusión en diferentes contextos de una mujer transgénero en la ciudad de Bogotá, donde se confirmó que la exclusión se significa como la carencia en redes de apoyo, oportunidades sociales y el reducido acceso a los servicios de salud pues, este último se percibe como un contexto de exclusión, por esta razón se toma la decisión de abandonar los procedimientos y no retomarlos para evitar “la incomodidad del momento” (p.66).

Según la Defensoría del Pueblo (2018b), la población transgénero como minoría poblacional, cuenta con unos derechos específicos y acordes a sus necesidades, además de los derechos fundamentales que todo colombiano tiene (derecho a la identidad, la salud y al trabajo) y están plasmados en la Constitución Política de Colombia de 1991; la Corte Constitucional ha manifestado que el nombre de las personas, tiene una innegable relevancia en la fijación de su identidad y debe ser respetado por las autoridades públicas y la sociedad en general,

independientemente de que ya se haya realizado el proceso formal de cambio de nombre y género en el documento de identidad.

De igual manera, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud determina que el derecho a la salud no se limita solamente a la ausencia de enfermedad, sino también, comprende todas las dimensiones del ser humano como la social, psíquica y mental que influyen en la calidad de vida de las personas por tanto, la población transgénero cuenta con el derecho a recibir todos los tratamientos hormonales y quirúrgicos que ayudan a su afirmación de género entendidos no como procedimientos estéticos, sino como una forma de mejorar su condición anatómica y biológica (Defensoría del Pueblo, 2018b).

Cabe resaltar que el acceso a procedimientos hormonales y quirúrgicos en Colombia, ya sea por medio del régimen contributivo o subsidiado, como parte del proceso de transición de género en personas transgénero, sólo puede permitirse con un diagnóstico de trastorno de identidad sexual o disforia de género, además, dichos procedimientos conllevan a un proceso más largo a diferencia de la atención que brinda un servicio de salud particular (Lasso, 2014).

De acuerdo con Borraz (2017), la transexualidad se encuentra incluida dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales hasta su edición número cuatro (DSM-IV), como un trastorno de identidad de género, pero en su nueva actualización (DSM-V) cambió el término por disforia de género además, en la clasificación internacional de enfermedades en su versión número diez (CIE-10), está plasmada la transexualidad dentro del capítulo cinco: Trastornos de la personalidad y el comportamiento, en el subcapítulo: Trastornos de la identidad de género, donde el transexualismo es considerado una patología que influye en el estado de salud de la persona. Sin embargo, en su versión número once se busca ubicar la categoría transgénero en un nuevo capítulo relacionado con la sexualidad, con el fin de desestigmatizar y despatologizar las personas transgénero facilitando el acceso a los servicios de salud, garantizando así la calidad de tratamientos y servicios acordes a sus necesidades individuales (Robles & Ayuso, 2019).

Uno de los grandes logros que ha alcanzado la población transgénero hacia sus derechos, ha sido su reconocimiento legal en el año 2012 en Argentina, en donde cualquier persona mayor de dieciocho años es libre de elegir su identidad de género y realizar los cambios correspondientes sin una aprobación judicial o médica; en cuanto a los niños, pueden realizarlo bajo el consentimiento de sus padres o representantes legales (Knight & Ghoshal, 2016). Posteriormente,

entre 2012 y 2015 países como Colombia, Dinamarca, Irlanda y Malta iniciaron un proceso de reconocimiento legal del género, eliminando barreras en torno a este, donde por primera vez las personas pueden cambiar el género en sus documentos de identidad teniendo como único requisito diligenciar los formularios pertinentes (Knight & Ghoshal, 2016).

Este estudio es relevante para la línea de investigación: Abordajes psicosociales en el ámbito regional pues, permite promover espacios de tolerancia e inclusión de una población situada en una cultura heteronormativa a causa de una herencia ampliamente machista, conservadora y patriarcal como Villavicencio, lo que dificulta el reconocimiento de sus derechos y necesidades propias de su identidad de género.

A diferencia de los antecedentes encontrados, la presente investigación tiene en cuenta el abordaje de dicha problemática, no solo desde la población transgénero o de profesionales en salud, sino de forma conjunta con el fin de dar voz a cada uno de los actores por medio de escenarios conversacionales.

A partir de un interés propio sobre la población transgénero, se da lugar a la problemática descrita anteriormente, posibilitando la emergencia de la pregunta central de esta investigación ¿Cómo se comprenden las situaciones de discriminación en contextos de salud a partir de las narrativas construidas por personas transgénero y profesionales en salud en Villavicencio?

Justificación

Partiendo de la Política Pública para la garantía plena de derechos de sectores LGBT de 2011, Lasso (2014) afirma que, el 54 % de las personas transgénero han percibido alguna vez que el derecho a la salud ha sido vulnerado y el 43,84 % manifiestan que la atención médica ha sido negada cuando la han requerido; de igual forma, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en 2011 (como se cita en Lasso, 2014), realizó un estudio donde se identificaron las situaciones que enfrentan las mujeres transgénero al momento de acceder al servicio de salud, dichas situaciones se enmarcan en la discriminación por parte de los profesionales en salud que trabajan en los centros de atención médica, pues son tratadas como hombres e incluso les niegan la atención.

En consecuencia de dicha situación, en Argentina 3 de cada 10 mujeres transgénero abandonan los procesos médicos a los que se someten y 5 de cada 10 dejan de asistir a los hospitales, ya que hay situaciones de discriminación al acceder al Sistema de Salud, también, gran parte de la población transgénero y travesti está excluida de los servicios de salud que el Estado ofrece como: asesorías, hospitalización, acceso a medicación, tratamientos médicos, entre otros (Evaluación sobre el cumplimiento de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres - CEDAW, 2016).

Dicho lo anterior, el interés de la presente investigación se centra en comprender esta problemática con el fin de brindar una perspectiva más amplia visibilizando la voz de la población transgénero quienes desde la búsqueda bibliográfica, vivencian situaciones de discriminación al momento de acceder a este servicio, así como también, un cambio discursivo en los profesionales en salud aportando al proceso de transformación social que atraviesa el municipio.

En los antecedentes investigativos revisados, se realiza el abordaje de la problemática desde una sola población, es decir, desde las personas transgénero o desde los profesionales en salud, por ello se tienen en cuenta ambas poblaciones para el desarrollo de la presente investigación pues, posibilita comprender la problemática desde diferentes subjetividades, de igual forma, la producción científica y social sobre la población transgénero en Colombia y más en el departamento, es escasa y su reconocimiento en la investigación es reciente, específicamente en

contextos de salud, por tanto, se pretende complementar las investigaciones ya realizadas y permitir la apertura de investigaciones que continúen visibilizando las necesidades propias en salud de las personas transgénero en la región de la Orinoquía.

Objetivos

Objetivo general

Comprender las situaciones de discriminación en contextos de salud a partir de las narrativas construidas por personas transgénero y profesionales en salud en Villavicencio.

Objetivos específicos

Identificar las narrativas dominantes y alternas de personas transgénero y profesionales en salud, frente a situaciones de discriminación en contextos de salud.

Reconocer las barreras de acceso a las que se enfrentan las personas transgénero, al acceder a servicios de salud.

Marco de referencia

La presente investigación de corte cualitativo se realiza bajo un paradigma interpretativo, en el cual, se retoman los postulados del construccionismo social encaminados a las situaciones de discriminación en contextos de salud. Siguiendo este orden de ideas, el método que se implementa es de tipo narrativo llevando a cabo escenarios conversacionales con personas transgénero y profesionales en salud.

Marco epistemológico/paradigmático

Esta investigación se fundamenta desde un paradigma interpretativo, el cual, comprende que la realidad es diversa y dinámica, guiada al significado de la práctica social, las acciones humanas, la comprensión y la experiencia en sí, de igual forma, este autor señala que el paradigma interpretativo posee características como, la existencia de una relación de participación comunicativa entre el investigado e investigador (Cuchumbé, 2007).

Para Pérez (como se cita en Ricoy, 2006), las características más importantes de este paradigma son tres, la primera de ellas es que desde la praxis se conforma la realidad de acontecimientos externos por medio de experiencias elaboradas por el propio sujeto, a partir de una interacción con otros y un contexto determinado; la segunda característica es que pretende comprender la realidad pues, considera que el conocimiento es relativo a la experiencia de las personas en interacción mutua; la tercera y última hace referencia a que el paradigma interpretativo describe el hecho en el que se desarrollan los acontecimientos, es decir, desde una metodología cualitativa se hace una descripción contextual del acontecimiento acompañada de un análisis descriptivo y también, se da paso a diferentes estrategias y métodos de investigación propias de la condición humana.

Cuchumbé (2007), plantea que el paradigma interpretativo permite dar cuenta de los diferentes saberes y actitudes que conforman las experiencias que estructuran el sentido de vida, de allí que este paradigma no busca la objetivación de saberes, sino el escuchar las diferentes narraciones de quienes participan de una situación de diálogo.

Dicho paradigma es pertinente para la investigación pues, reconoce que no hay una sola realidad, de manera que, varía a partir de las experiencias construidas por cada sujeto en su interacción con los servicios de salud en Villavicencio, además, al generar espacios de diálogo por medio de escenarios conversacionales se da paso al establecimiento de una relación heterárquica, comunicativa y participativa entre investigadores e investigados.

En el mismo orden de ideas, se hace pertinente el construccionismo social, teniendo como referente de esta epistemología a Kenneth Gergen (1985), el cual “concibe el discurso sobre el mundo no como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un producto de la interacción social” (p. 266). Las principales características epistemológicas y ontológicas del Construccionismo Social siguen cuatro cuestiones fundamentales: reconocer la interacción entre las personas, conocer el mundo por la cultura y por la historicidad, tener en cuenta la relación entre conocimiento y acción, así como realzar una postura reflexiva y crítica como producción del conocimiento (Gergen, 1999).

De acuerdo con Gergen (1999), el lenguaje se captura por medio de las narrativas y es construido a partir de los significados que se crean en torno a las vivencias de cada individuo. La forma en la que se atribuyen significados a los eventos afecta la manera en cómo se construye la realidad y cómo se actúa en relación con los contextos y con los otros, es así como esta epistemología da sentido a la presente investigación pues, aunque las experiencias de las personas transgénero y de los profesionales en salud, se desarrollen en un mismo contexto, las narrativas construidas varían de acuerdo a la manera en que cada sujeto se relaciona e interacciona con el otro.

Marco Disciplinar

Para el abordaje de esta investigación se tienen en cuenta tres categorías: discriminación, transgénero y profesionales en salud, las cuales serán conceptualizadas a continuación.

Desde la psicología social Prevert, Navarro y Bogalska (2012) conciben la discriminación como la acción de poner en desventaja o brindar un trato injusto a personas miembros de un grupo según raza, etnia, religión o género; los comportamientos discriminantes están relacionados con situaciones psicológicas y sociales como relaciones de poder, diferencias sociales y nivel

socioeconómico de los sujetos, de esta manera, la discriminación debe comprenderse desde las estructuras sociales basadas en diferentes formas de desigualdad social como medios materiales, poder y reconocimiento.

Desde esta rama de la psicología, la discriminación alude a la existencia de dos términos, estereotipos que hace referencia a generalizaciones en su mayoría negativas de los miembros de un grupo y prejuicios, entendidos no solo como una creencia u opinión negativa hacia un grupo de personas sino también, como una actitud juzgante caracterizada por sentimientos de desprecio, rechazo, indiferencia y disgusto; a razón de lo anterior, los estereotipos sirven como base al prejuicio, el cual, reproduce comportamientos negativos que dan lugar a la discriminación y generan estados emocionales, en quienes enfrentan situaciones discriminatorias, como estados depresivos o ansiosos, estrés y conductas agresivas (Prevert, Navarro & Bogalska, 2012).

El foco de esta investigación está puesto sobre la discriminación en contextos de salud dado que, representa una violación a diferentes derechos fundamentales como el derecho a la salud específicamente, de acuerdo con las Naciones Unidas (2017) aun cuando el Estado establece el acceso a la salud como un derecho que se rige por el principio de universalidad, los principales afectados por situaciones de discriminación en centros sanitarios son aquellos grupos minoritarios estigmatizados y marginados socialmente por motivos de origen étnico, edad, discapacidad, sexo, nacionalidad, orientación sexual, situación migratoria o identidad de género como es el caso de la población transgénero, además, la discriminación no afecta únicamente a los usuarios de los servicios sanitarios sino también al personal asistencial, lo cual, entorpece el acceso al servicio de salud, su calidad e intensifica la presencia de situaciones de exclusión social.

La discriminación en contextos de salud enmarca diferentes formas según las Naciones Unidas (2017) como violación del principio de confidencialidad, tratamientos involuntarios, no tener en cuenta la autonomía del usuario en la toma de decisiones y ausencia de consentimiento informado. De manera más amplia, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI (2016), aborda cuatro formas de discriminación en relación con el derecho a la salud, la primera hace referencia al acceso al cuidado integral de la salud a razón de pertenecer a determinados grupos, es decir, negación del servicio por ser parte de una cultura, etnia, género o diversidad sexual, presencia de barreras de acceso durante procesos asistenciales y omisión de las solicitudes realizadas por los usuarios; la segunda alude a la situación de vulnerabilidad de

personas con algún tipo de discapacidad, problemáticas particulares de salud o padecimientos específicos como discapacidad psicosocial, personas con VIH/SIDA y trastornos mentales.

La tercera indica situaciones de estigmatización de personas o grupos sociales a razón de diagnósticos, tratamientos o posibles causas de diferentes enfermedades que reducen a las personas a una etiqueta que pasa a definirlos como sujetos, por ejemplo, el caso de la población transgénero que necesita de un diagnóstico psiquiátrico para poder acceder a servicios de modificación corporal; la cuarta y última establece las situaciones de discriminación que se generan en el interior de las instituciones de salud “(...) frecuentemente originadas en prejuicios o desconocimiento de los saberes o existencia de trayectorias diversas, dificultando praxis de complementariedad centradas en las necesidades de las personas usuarias de los servicios de salud” (INADI, 2016, p.16).

Por otro lado, parte de la población con la que se desarrolla esta investigación, son las personas transgénero, por tanto, American Psychological Association (APA, 2011), considera que el término transgénero alude a las personas que encuentran una diferencia entre el sexo que les fue asignado al nacer y su expresión e identidad de género; la identidad de género, comprende la experiencia que cada persona tiene de ser mujer u hombre, a diferencia de la expresión de género, la cual se comprende como la manera en que cada persona transmite su identidad de género a los demás, a partir de las características corporales, la forma de vestir, la voz, entre otras conductas.

Es importante resaltar que, las personas transgénero no siempre tienen el deseo de reasignar su sexo, a diferencia de las personas transexuales quienes se caracterizan por sentir una inconformidad profunda con su sexo biológico, a partir de ello, no siempre las personas que no concuerdan entre su sexo e identidad de género llegan a identificarse como personas transgénero, pues la manera en cómo cada persona vive su identidad transgenérica es diferente, así pues, mientras hay personas que reconocen su identidad de género desde temprana edad, hay otras que logran su autoreconocimiento en la adolescencia e incluso en la adultez, por tanto, una persona puede llegar a ser consciente de su identidad como transgénero en cualquiera de los ciclos vitales; del mismo modo, existen personas transgénero que durante el reconocimiento de su identidad, consiguen aceptar sus sentimientos con más facilidad, a diferencia de otros que vivencian sentimientos de confusión, miedo o vergüenza, los cuales, en ocasiones conllevan a que la persona postergue su transición e intente ajustarse a su sexo biológico (APA, 2011).

Algunas personas transgénero no vivencian su género como una discapacidad o como aquello que desencadena malestar, por esta razón, transgénero no es sinónimo de trastorno, pues según APA (2011), solo aquello que genera intranquilidad, angustia, desesperación o discapacidad puede considerarse como trastorno mental, además de este tipo de etiquetas y el contacto con la discriminación y/o agresión sexual, la problemática que envuelve a esta población reside gran parte, en la falta de acceso a la orientación, asesoramiento y atención de procedimientos médicos y hormonales.

De acuerdo con APA (2014) el Manual Estadístico de Diagnósticos de Trastornos Mentales DSM-5, señala que transgénero “se refiere al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifican con un género diferente de su género natal” (p. 451), en lo que respecta al diagnóstico de disforia de género, se comprende como la persistente incongruencia entre el sexo asignado al nacer y con el que se identifica, mínimo durante seis meses, con un malestar clínicamente significativo y afectaciones en sus áreas de ajuste. El solo hecho de que las personas transgénero sean diagnosticadas, implica a su vez una patologización que no es eliminada, puesto que, sin dicho diagnóstico no se garantiza el acceso a la atención en salud (APA, 2011).

Teniendo en cuenta su identidad de género, las personas transgénero tienen una necesidad general que es la atención primaria en salud sexual para la cual se debe considerar su anatomía, sus expresiones de género, sexualidad y sus prácticas sexuales, adicionalmente tienen unas necesidades específicas que requieren de una asistencia médica con el fin de afianzar su identidad de género, incluyendo procedimientos hormonales y/o quirúrgicos para masculinizar o feminizar su cuerpo; teniendo en cuenta estos tratamientos, es importante que la atención de los profesionales en salud esté dirigida a los cambios físicos y emocionales que experimenta la persona, efectos secundarios de los procedimientos, conductas de riesgo y aspectos nutricionales (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La Secretaria de Planeación de Bogotá (2018) enfatiza la importancia de que la atención a la población transgénero la brinde un grupo de profesionales en endocrinología, psiquiatría, cirugía plástica, ginecología, psicología, nutrición y urología con el fin de garantizar una atención integral acorde con sus necesidades.

Ahora, también se tienen en cuenta los profesionales en salud comprendidos desde la Ley 1164 de 2007 (Congreso de Colombia, 2007) como aquellos que participan en los programas de prevención, promoción, diagnóstico, rehabilitación, tratamiento, educación y cuidados paliativos.

Según el Ministerio de Salud (2016) los profesionales en salud son médicos, enfermeros, bacteriólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, instrumentadores quirúrgicos, nutricionistas, gerontólogos, odontólogos, psicólogos, químicos farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, optómetras, terapeutas respiratorios y trabajadores sociales quienes deben contar con facultades y características que los capaciten para participar de la atención integral de salud que se brinda a todos los ciudadanos.

Por lo anterior, los profesionales en salud deben contar con una formación científica y técnica de la disciplina que ejerce; responsabilidad y justicia social que los capacite para realizar un ejercicio responsable a nivel científico y social; una formación ética y deontológica que incorpora la inclusión como valor fundamental en su quehacer profesional; capacidad para trabajar de manera interdisciplinar con otros profesionales en salud; habilidades de liderazgo que les permita asumir el rol de representante de los usuarios ante el Sistema de Salud, finalmente, deberá contribuir con actividades de investigación y desarrollo de conocimiento en el área de la salud, con el fin de identificar los límites, las necesidades de la práctica y el ejercicio profesional (Ministerio de Salud, 2016).

Marco multidisciplinar

Desde la filosofía, la identidad de género se comprende como un proceso de identificación en el que es necesaria una acción por parte del hombre y la mujer pues, tanto él como ella, tienen un rol específico que deben asumir en la construcción individual de género (De Lauretis, 2015). De esta forma, las personas transgénero, buscan ubicar su identidad dentro de un género específico por medio de cambios simples como su vestuario y/o complejos como modificaciones corporales que van más allá de una representación, con dichas modificaciones se busca una estabilidad entre su corporalidad y su identidad de género, evitando la desestabilización del sistema sexo-género y propiciando un fortalecimiento del mismo (Nahir, 2013).

Para Judith Butler (2004) transgénero es una postura de género en la que algunas personas, culturalmente viven o se identifican con una identidad diferente a su sexo biológico, se hayan o no

sometido a tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas como la mamoplastia, gluteoplastia y reasignación de sexo, incluso, cada una de las prácticas ya mencionadas, denotan diferentes cargas a nivel social. Es importante tener en cuenta que, según la autora, una persona transgénero no requiere de intervenciones quirúrgicas o físicas, al menos al inicio de su proceso de transición, para autodeterminarse femeninos o masculinos, sin embargo, la sociedad juega un papel transversal en este proceso, de manera que, el género se debe comprender desde una connotación histórica como una forma cultural de configurar el cuerpo; las vidas transgénero rompen el determinismo causal entre el género y la sexualidad.

Desde la sociología, Kessler y McKenna (1978) comentan que la concepción de hombre y mujer como único género, está dada por reglas y normas creadas socialmente, las cuales le otorgan al cuerpo un género específico, de esta forma, el género e identidad de género están determinados por el contexto social al que pertenece el individuo, independiente de la concepción personal de género. Además, señalan que la presencia o ausencia de características masculinas o femeninas de un individuo, determinan la atribución de género que establece la sociedad y es lo que finalmente constituye la construcción social de género.

De igual forma, Delgado (2014) considera que asignarle al cuerpo dichas características y un género específico, hace que la sociedad constantemente vigile aquellas personas que no cumplen con estas condiciones, como es el caso de las personas transgénero, pues no son incluidas dentro del criterio de normalidad hasta que “den solución” a aquello que socialmente se considera aceptable, respecto a la identidad de género. Es así como se concibe la experiencia transgénero como “el producto de procesos sociales situados que establecen como natural el binarismo sexual y de género” (Garosi, 2012, p.144).

Desde la sociología, discriminación se comprende como el trato específico que se da a un grupo de personas en comparación con otras, sin una razón que lo justifique; al momento de abordar este concepto es indiscutible su relación con los prejuicios y estereotipos, no obstante, la discriminación puede darse sin la presencia de un prejuicio (Billing, citado en Prevert, Navarro & Bogalska, 2012).

En este orden de ideas, el sociólogo Giménez (2005) conceptualiza la discriminación como resultado de una relación desigual en la que existen juicios entre individuos, “los actores que ocupan posiciones dominantes tienden a imponer una definición sobrevaluada (y por lo tanto

etnocéntrica) de sí mismos, a la vez que atribuyen unilateralmente identidades minoradas, devaluadas y frecuentemente estigmatizadas a los dominados” (p.32), además, la discriminación tiene una connotación cultural orientada de forma negativa desde los individuos dominantes hacia los dominados, quienes mantienen relaciones hostiles basadas en un trato desigual.

Marco normativo/legal

La Constitución Política de Colombia de 1991, establece en los artículos 2 y 13 que se deben desarrollar facetas de igual protección y no discriminación ante la ley, donde reconocen el derecho a la igualdad, el derecho a recibir el mismo trato y protección por parte de las autoridades. Además, en el art. 14 se determina que “toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica” y en su art. 16 establece el derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más límite que el orden jurídico y los derechos de los demás.

En el art. 49 se garantiza a toda la población colombiana el acceso a programas de recuperación, protección y promoción de la salud, bajo los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad, además, la prestación de salud se estructura de manera descentralizada, es decir, con la participación de la comunidad y por niveles de atención. Aunque existe esta normatividad que protege a la comunidad en mención, no se están implementando de manera eficiente, pues como se ha mencionado, aún existen diversos factores discriminatorios que interfieren en el acceso al servicio de salud.

Según el Congreso de Colombia (1993) en la Ley 100 de 1993, se establece que el servicio de salud es prestado por instituciones oficiales mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, en donde cada institución está organizada para brindar dicho servicio a los afiliados del SGSSS.

Por otra parte, en la misma Ley 100 de 1993, en el artículo 153 se encuentran planteados los principios del SGSSS, algunos de estos principios son universalidad, el cual, indica que el SGSSS cubre a todas las personas que residen en Colombia; igualdad, en donde se garantiza que no haya discriminación a la hora de acceder a la Seguridad Social en Salud; obligatoriedad, el cual, establece que toda persona que resida en Colombia tiene como obligación afiliarse al SGSSS; y calidad, donde se determina que los servicios de salud tienen como deber, atender a las condiciones de cada paciente de manera integral, oportuna y segura, a través de una atención humanizada (Congreso de Colombia, 1993).

Además, en el artículo 162, se estipula que el Plan Obligatorio de Salud debe incluir “la prestación de servicios de salud a los afiliados en las fases de fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad” (Congreso de Colombia, 1993).

Según el artículo 1 de la Ley 100 de 1993, hablar de integralidad es hablar de “la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general, las condiciones de vida de toda la población” (p. 9) por ende, uno de los deberes que tienen las entidades de salud es brindar un servicio apropiado y sin obstáculos, pues los procesos de transición físicos, mentales y emocionales que atraviesa una persona transgénero, requieren de una atención que reconozca todo el proceso de reafirmación de identidad sexual y de género.

De acuerdo con lo anterior, la sentencia T-552 de 2013, hace un llamado a las entidades responsables a que asuman una posición que garantice los derechos de las personas transgénero, pues se ha evidenciado que cuando esta población accede a los servicios de salud se enfrenta a ciertos límites y barreras que surgen por su apariencia e identidad legal. Estos límites hacen que la prestación del servicio de salud sea inadecuada, lo que conlleva a afectar la integridad y la salud de la población transgénero por medio de conductas de riesgo como tratamientos hormonales sin la supervisión de un profesional, realización de cirugías en lugares clandestinos, automedicación, entre otros; estas conductas funcionan como una alternativa al Sistema de Salud, ya que no hay barreras de acceso, los procedimientos son más económicos y no hay discriminación.

Según la Corte Constitucional en las sentencias T-876 de 2012 y T-771 de 2013, no siempre los procedimientos quirúrgicos como el aumento de mamas y la reasignación de sexo son netamente estéticos, estos pueden tener una finalidad funcional, reparadora que garantiza derechos fundamentales como lo es el derecho a la vida sexual sana, además, al no ser procedimientos estéticos, se encuentran incluidos dentro del POS y de no ser autorizados se estaría truncando la superación de situaciones que afectan el bienestar mental físico y social pues, la no correspondencia entre su identidad de género y su fisonomía podría vulnerar su derecho a la dignidad interfiriendo en su proyecto de vida, por esta razón, la EPS de cada accionante, quienes se identifican como transgénero, debe garantizar los procedimientos quirúrgicos y médicos postquirúrgicos solicitados.

Por medio de estas sentencias se visibiliza la magnitud del problema al que se enfrentan las personas transgénero al momento de acceder al servicio de salud, de manera que, la cantidad de límites o barreras de acceso con las que se encuentran facilitan primero, conductas de riesgo en los individuos y en segundo lugar, un atropello constante a sus derechos fundamentales por lo que deben acudir a la acción de tutela para ser reconocidos ante las instituciones de salud, aun cuando la normatividad es clara y precisa.

En el año 2018, por medio del decreto 762 (Ministerio del Interior, 2018a) se dicta la política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, cuyo objetivo va dirigido a prevenir situaciones en donde la identidad de género, la intersexualidad o la orientación sexual sean utilizadas para negar o limitar el acceso a los servicios del Estado y promover el ejercicio pleno de los derechos culturales y socioeconómicos (incluyendo el derecho a la salud) de la población LGBTI, bajo un enfoque diferencial. Lo dispuesto en la presente Ley se da bajo el cumplimiento del principio de igualdad y no discriminación, desarrollando estrategias administrativas que den respuesta a las necesidades propias de la población LGBTI.

Finalmente, el decreto 762 de 2018, propone unas metas específicas dentro de las cuales se resaltan dos, la primera es promover la implementación de protocolos con criterios que diferencien la identidad de género y orientación sexual de la población en los sistemas de información que manejan las entidades, con el fin de facilitar el registro de la información y caracterización de personas pertenecientes a los sectores sociales LGBTI; y la segunda meta radica en la creación y desarrollo de estrategias que contribuyan positivamente en la calidad de vida de la población, por ende, lo que se busca con estas estrategias es que las personas pertenecientes al grupo LGBTI, puedan acceder a una vida en donde no exista la discriminación y la no aceptación de la expresión de identidad de género y orientación sexual (Ministerio del Interior, 2018a).

La política pública permite identificar la atención en salud de la población desde una mirada diferencial que reconoce las necesidades particulares de su identidad de género, las cuales deben tenerse en cuenta a la hora de brindar la atención, pues al no ser reconocidas se estaría incurriendo en la vulneración de sus derechos y en la no aceptación de la diversidad sexual y de género.

Antecedentes investigativos

En lo que corresponde a América del Sur, se han realizado diferentes investigaciones relacionadas con el tema en cuestión, por ejemplo, en 2015 en la ciudad de Colima en México, los autores Molina, Guzmán y Martínez desarrollaron un estudio dirigido a comprender la transfobia desde las producciones narrativas de cinco mujeres transgénero, quienes enfatizan en la presencia de prejuicios por parte de profesionales de la salud pues, desde la medicina y psiquiatría, aún existen presupuestos patologizadores que ven la corporalidad de las identidades transgénero como anormal, peligrosa y enferma, de esta forma, se convierten en cuerpos sujetos a la violencia y a la exclusión social. Con la investigación se comprende la implicación del modelo psiquiátrico como base de múltiples situaciones discriminatorias en contextos de salud, además, los autores permiten ver la importancia de utilizar las narrativas como método de investigación, pues a partir de estas, se identifica el sentido que las personas transgénero dan a sus prácticas sociales y facilitan la interpretación de sus realidades por parte de los investigadores.

Para el año 2016, Edmiston, Donald, Sattler, Peebles, Ehrenfeld y Eckstrand realizaron una sistematización de estudios sobre atención médica en población transgénero, con la que encontraron dificultades significativas en el acceso a este servicio como, limitaciones en la atención brindada por los profesionales en salud y en la competencia de los mismos para realizar consultas desde un enfoque diferencial, generando altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población, además, respecto a la presente investigación, retoma la discriminación como base de los problemas que la población tiene a nivel de salud, pues a razón de esta las personas transgénero deciden no acceder a lo que constituye un derecho fundamental.

En Washington, se llevó a cabo una investigación enfocada en las barreras a la atención médica para personas transgénero, este estudio tenía como propósito hacer una revisión de literatura sobre las barreras de acceso a la salud de las personas transgénero, comprender los mecanismos de dichas barreras y realizar intervenciones efectivas. Es importante resaltar que esta investigación, contribuye de manera positiva al inicio de otros estudios, puesto que, brinda un acercamiento a la realidad que vivencian muchas de las personas transgénero, tales como

discriminación, estigma social, barreras socioeconómicas, barreras del servicio de salud, entre otras (Safer, Coleman, Feldman, Garofalo, Hembree, Radix & Sevelius, 2016).

En Boston, Jaffee, Shires y Stroumsa (2016) afirman que en promedio una de cada cuatro personas transgénero no ha recibido un trato igualitario en la atención en salud, asimismo, los proveedores del servicio, tienen cuatro veces más probabilidades de retrasar la atención médica debido a la discriminación o a las limitaciones que presenta el Sistema de Salud, por esta razón, los investigadores de este estudio consideran necesario conocer las narrativas no solo de la población transgénero sino también, de los profesionales en salud, para obtener una perspectiva más amplia de la problemática.

En el mismo año, Antoniucci (2016) a través de su trabajo de grado para aspirar al título de socióloga, realiza un estudio en Argentina, que se centra en el acceso a los servicios de salud de las personas transgénero, en donde encontró que la apertura de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) permitió no solo mejorar el acceso al Sistema de Salud sino también, posibilitó el reconocimiento y la reparación de la población transgénero que ha sido vulnerada a lo largo de los años. Esto deja en evidencia la necesidad de que la población tenga una atención en salud basada en un enfoque diferencial, con el fin de suplir las necesidades propias de su identidad de género y que garantice el acceso al servicio de salud.

En lo que a Colombia respecta, en los últimos años se ha intensificado el interés investigativo en las vivencias de las personas transgénero, debido a la invisibilización y segregación que esta población enfrenta, en el 2016, Cardona desarrolla una investigación en la ciudad de Cali, que ahonda tanto en el conocimiento de los derechos humanos de las personas transgénero, como en las acciones necesarias para ser respetados sus derechos a la seguridad, la salud, dignidad e integridad, planteamiento que aporta significativamente a esta investigación ya que se considera fundamental que contemple cómo la construcción de los derechos de la población transgénero son un principio que requiere igualdad, teniendo en cuenta que en dicha construcción es importante que se excluya la discriminación y posterior a ello, se incluyan todos los derechos que garantizan la dignidad humana.

Los estudios realizados en contextos de salud en Colombia son pocos, uno de ellos fue desarrollado por Báez, Camacho, Martínez y Rojas en 2016, con 15 personas transgénero habitantes de Bogotá, donde encontraron una predisposición en la población antes de acceder a los

servicios de salud y sentimientos de vulneración de sus derechos luego de acceder al servicio, con la investigación se reconoce la desinformación del personal de instituciones de salud, como primera causa de conductas discriminatorias hacia los individuos transgénero, lo cual genera al mismo tiempo que no se suplan las necesidades propias de su identidad de género y los profesionales en salud opten por negar la atención o realizar procedimientos y consultas incompletas y superficiales.

Durante el mismo año en Bogotá, se realizó un estudio de caso con una paciente transgénero de 50 años de edad, quien durante toda su infancia vivencia una discordancia entre el sexo que le fue asignado al nacer y su identidad de género, de acuerdo a lo anterior, la paciente es diagnosticada con disforia de género, lo que posibilita el acceso a los cambios corporales y tratamientos médicos o quirúrgicos que requiere para su proceso de transición (Fonseca, León, Sierra & Rojas, 2016). Este estudio, además de dar cuenta de todo el proceso de transición de una mujer transgénero, permite reconocer que los cambios físicos a los que se ven expuestas las personas transgénero, realmente son procesos que tienden a ser progresivos, por tanto, para garantizar un acompañamiento adecuado, es necesario que se aborde desde un trabajo interdisciplinario con áreas como psicología, endocrinología, urología, cirugía plástica, entre otros.

Ahora, Estados Unidos es un país donde la comunidad LGBT ha tenido grandes avances en tanto a su reconocimiento social, por ejemplo, en diferentes Estados existen los “LGBT community health centers” que son organizaciones que brindan el servicio de salud según las necesidades del individuo, sin embargo, en 2017 Martos, Wilson y Meyer realizaron un estudio con el fin de conocer el panorama contemporáneo de la prestación del servicio de salud a esta población, a través de encuestas virtuales con más de 200 organizaciones comunitarias de USA, encontrando que, no todos los centros brindan servicios especializados a nivel médico y de salud mental para personas transgénero y las organizaciones que lo hacen, presentan limitaciones en la prestación del servicio integral en salud, como el desconocimiento de todas las necesidades propias de su identidad de género.

De igual forma, González y Henning en 2017, realizan una investigación en la cual, los investigadores recurren a identificar cuáles son las barreras que enfrentan las personas transgénero, las cisgénero, y aquellas no conformes con el género, al acceder a cualquier servicio de salud en Estados Unidos; dentro de los resultados se encontró que las principales barreras de acceso son las

políticas de seguro de salud, el estatus socioeconómico de las personas transgénero, cisgénero y no conformes con el género, la falta de conciencia de quienes prestan los servicios de salud y la discriminación, es importante mencionar que esta última se consideró como una de las mayores barreras en la atención médica. De acuerdo con lo anterior, este estudio es pertinente, puesto que, aborda la discriminación como un fenómeno que impide el acceso a la atención en salud, además, proporciona información relevante encaminada a otro tipo de barreras como económicas y sociales, las cuales, también influyen en el acceso al servicio de salud.

Gil-Borelli, Velasco, Marti-Pastor y Latasa (2017) realizaron una revisión del Sistema de Información Sanitaria (SIS) de Barcelona, con el fin de dar respuesta a los cuestionamientos hechos por profesionales y usuarios de los servicios sanitarios de España, en donde les fue posible evidenciar que la población transgénero no solo cuenta con un mal estado de salud, sino también, que la poca información relacionada con la identidad de género en el SIS, oculta a las personas transgénero en los datos estadísticos referentes a la salud, lo que imposibilita conocer las necesidades en salud y las diferentes barreras de acceso a las que se enfrenta dicha población. Adicionalmente, la clasificación binaria que exige el sistema impide que las personas transgénero sean registradas de acuerdo a su expresión de género, lo que resulta ser un factor discriminatorio, este estudio refleja que las falencias en el Sistema de Salud han influido de manera significativa en el tipo de atención que se está proporcionando a las personas transgénero, lo que dificulta que los profesionales brinden una atención equitativa y oportuna.

Para 2018 Shires, Stroumsa, Jaffee y Woodford, realizaron una investigación en Canadá acerca de la voluntad que poseen los médicos en atención primaria para pacientes transgénero, en donde se encontró que de 140 médicos encuestados, 98 estaban dispuestos a brindar la atención primaria a pacientes transgénero, incluyendo la aplicación de pruebas; las encuestas realizadas a los profesionales evaluaron barreras como desconocimiento en atención específica para personas transgénero, falta de conocimiento sobre pacientes transgénero entre el personal sanitario y no sanitario. Se considera pertinente este estudio debido a que se conecta con la presente investigación, al tener en cuenta los profesionales en salud pues, así como se ha descrito durante el desarrollo de la misma, es importante integrar no solo a la población transgénero, sino también a aquellos individuos con los que existe un contacto directo, como el personal de contextos de salud.

En el mismo año, Sousa e Iriart (2018) a través de su investigación en Salvador, Brasil con diez personas, quienes se identifican como hombres transexuales o transgénero, encontraron que la transfobia estructural e institucional es una de las barreras que dificulta satisfacer las demandas en salud de la población en cuestión, pues además de necesitar una atención en salud acorde con sus necesidades, también consideran necesario recibir un trato digno, que posibilite mejores condiciones de vida y cambios culturales que naturalizan la desigualdad, con ello, se evidencia que para garantizar el acceso a los servicios de salud también es necesario que las personas transgénero reciban un trato igualitario, libre de discriminación basada en su identidad de género.

Cardozo, Sodré, Zamboni, Rodrigues y Roseiro (2018), realizan una investigación que pretende abordar aquello que las personas transgénero esperan del Sistema de Salud de Brasil, para el desarrollo de esta investigación, los autores tuvieron en cuenta las sugerencias que la población transgénero expone frente al cumplimiento y garantía del acceso al servicio de salud, de acuerdo con lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar cuáles son los desafíos para la promoción de la salud en personas transgénero, esto con el fin de proponer soluciones y acciones que respondan a las necesidades de la población. Esta investigación visibiliza la problemática de la población transgénero y además, resalta la importancia de garantizar el acceso al servicio de salud, pues de lo contrario, podría decirse que la población transgénero está en riesgo, es decir, si una persona transgénero quiere iniciar con el proceso de transformación corporal y le es negado el servicio de salud, puede llegar a iniciar dicho proceso sin la supervisión de un profesional, lo que posiblemente conlleve a consecuencias que afecten su salud física y mental.

Ahora, en Argentina, Zalazar, Aristegui, Cardozo, Sued, Rodríguez, Frola y Pérez (2018) realizaron un estudio con mujeres transgénero en el cual, encontraron que las barreras de acceso contextuales y sociales del servicio de salud fueron prolongadas horas de espera, turnos limitados, discriminación por parte del personal sanitario y culpabilización por sus condiciones médicas generales, además, se identificaron barreras de acceso individuales como la anticipación al estigma y la autoexclusión, lo cual lleva a dimensionar la aparición de conductas de riesgo en la población transgénero como la automedicación y sometimiento a tratamientos quirúrgicos en lugares clandestinos a causa de limitadas oportunidades de acceso a servicios de salud de calidad y conductas alternas creadas a razón de situaciones de vulneración vivenciadas previamente.

Para el año 2019, se realizó una encuesta a 127 proveedores de atención primaria en Indianápolis Estados Unidos, que evaluó sus actitudes, prácticas y conocimientos respecto a la atención de las personas LGBTQ y como resultado se obtuvo que el 70.1% consideran no estar bien informados en relación con las necesidades en salud propias de su identidad u orientación sexual y el 78% de los proveedores manifestaron sentirse cómodos atendiendo este grupo de pacientes, sin embargo, se identificaron actitudes negativas, sesgos y deficiencias en el conocimiento médico, también, tan solo el 22.8% estuvo de acuerdo en preguntar de forma activa a sus pacientes sobre su identidad de género (Nowaskie & Sowinski, 2019). Con la revisión de este estudio, se logra dimensionar la importancia de incluir la educación en atención médica LGBTQ tanto en estudiantes como en profesionales en salud, con el fin de mitigar los prejuicios que terminan en situaciones discriminatorias a esta población.

También, en 2019 se realizó una investigación por los autores García, De Castro, Arias, Llabrés, Lorenzo y Perdomo, quienes desde una revisión bibliográfica exploraron las dificultades para la asistencia sanitaria percibidas por las personas transgénero y por los profesionales en salud de centros sanitarios en España. Se considera relevante este estudio, pues, posibilita una comprensión más amplia de aquellas barreras significativas tanto para las personas transgénero, como para los profesionales que prestan el servicio de salud, además, la participación de los dos actores posibilita el reconocimiento de la realidad social para ambas poblaciones independientemente de que las experiencias de cada sujeto sean distintas.

En Rio de Janeiro, Monteiro y Brigeiro en el año 2019 realizaron un estudio, el cual, tuvo como objetivo analizar la experiencia de mujeres transgénero y travesti al acceder a los servicios de salud, en relación con el proceso de transición de género y la prevención del SIDA, las participantes mencionan que no han sido discriminadas por los profesionales de la salud por su identidad de género, a pesar de que estos se nieguen a llamarlas por el nombre con el cual se identifican, además, subrayan que existen dificultades estructurales en el Sistema Único de Salud (SUS), pues la tecnología que usan difiere con la usada por la población en cuestión. Por otra parte, afirman que otra barrera de acceso es la falsa creencia de que la adquisición de la infección por VIH es ocasionada por su identidad de género, por lo cual, el SUS prioriza la prevención del VIH dentro de la atención en salud de la población transgénero. Lo anterior pone en evidencia, que la

ruta de atención en salud para personas transgénero de Brasil no está orientada a atender las demandas de la población de acuerdo con las necesidades propias de su identidad de género.

Del mismo modo, en Brasil y Argentina, Braz (2019) realizó un estudio relacionado con el largo tiempo de espera de las personas transgénero al momento de acceder al servicio de salud, aunque esta investigación fue realizada en países diferentes, los participantes afirmaron que tienen situaciones similares, además, resaltan que la implementación de las leyes a favor de la identidad de género, no han sido suficientes para mitigar el problema, pues los preconceptos instaurados culturalmente no permiten darle el debido cumplimiento. Por ello, en esta investigación se considera necesario visibilizar dicha problemática, no solo dando voz a los participantes sino también, contribuyendo con el material bibliográfico de dicha problemática, el cual, es escaso a nivel regional.

Para el mismo año 2019, Farji aborda en su investigación un análisis de las iniciativas y demandas de usuarios y activistas transgénero, trassexuales y travestis del Sistema de Salud en Argentina, con el fin de promover el cumplimiento de la Ley 26.743 de identidad de género en el contexto sanitario, cabe mencionar que esta ley se encarga de regular cambios en el nombre y sexo, además, garantiza el acceso a tratamientos médicos y quirúrgicos que le posibiliten al individuo una construcción corporal en concordancia con su identidad de género. Luego del análisis de las demandas, la autora comprende que el principal objetivo de este grupo social es reclamar su derecho a recibir una atención de calidad en contextos de salud. Adicional a ello, señala que la iniciativa de los activistas dio lugar a dos hechos importantes, primero, que el personal médico fuese consciente de los riesgos físicos y psíquicos que corre la población transgénero cuando se le niega el acceso a los servicios de salud y segundo, la creación de consultorios médicos acordes para la población. Este estudio visibiliza la problemática de la población transgénero y reconoce los riesgos a los cuales están expuestos cuando les es negado el acceso al servicio de salud.

Finalmente, luego de abordar estudios de diferentes países se logra identificar que las situaciones de discriminación dadas en contextos de salud no son una problemática situada sino generalizada, por lo que es aún más fuerte la necesidad de visibilizar la voz de la población transgénero y buscar un cambio discursivo en los profesionales en salud en la ciudad de Villavicencio.

Metodología

Esta investigación es de corte cualitativo con un método interpretativo desde el cual, se comprenden las narrativas construidas por personas transgénero y profesionales en salud en torno a situaciones de discriminación en contextos de salud.

Según Lizcano (2012) la metodología cualitativa busca recuperar la vida cotidiana como un escenario para comprender la realidad sociocultural y reconocer la subjetividad e intersubjetividad como una forma de construcción de vida y realidad humana, siendo esto lo que se espera lograr a través de los escenarios conversacionales con la población transgénero y los profesionales en salud en torno a situaciones de discriminación en contextos de salud.

Además, resalta Flick (como se cita en Lizcano, 2012) la investigación cualitativa busca desvincular al sujeto de metodologías positivistas donde son cualificados como objetos, con el fin de reconocer al otro como un sujeto con un saber que puede ser explorado por medio del diálogo y otras técnicas en las que el investigador logra aprender de los otros, permitiendo que tanto los participantes como los investigadores sean entes activos en el proceso investigativo.

Martínez (2011), considera que “la investigación cualitativa busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social con un interés práctico” (p. 12) pues, este tipo de investigación cuenta con una postura epistemológica y un interés teórico, por ello la investigación cualitativa, tiene como fin orientar la realidad subjetiva que es examinada tal como el sujeto la experimenta desde la interpretación que hace de sus valores, sentimientos, significados y creencias. Esta subjetividad simbólica y emocional se da dentro de una dimensión social e histórica, por tanto, no da cuenta de un acontecimiento actual sino de toda una historia de personas pertenecientes a un espacio social y la articulación de dicho espacio con otros contextos, por tanto, las experiencias individuales tienen una relación directa con los espacios sociales a los que cada individuo pertenece (González, citado por Lizcano, 2012).

Método

El método narrativo es entendido como un medio de acceso al conocimiento y considerado como propio de las ciencias sociales que difiere del enfoque positivista, por tanto, no busca determinar reglas generales, pues surge por medio del lenguaje y los significados que emergen en la conversación (Arias & Alvarado, 2015).

Según el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina MECT (2007), las narrativas brindan descripciones que facilitan comprender los sentidos de las vivencias experimentadas por cada sujeto en diferentes contextos sociohistóricos, dicha comprensión se fundamenta en la interpretación de las creencias subjetivas del otro y las relaciones que establece con los demás.

El método narrativo permite la aproximación a realidades sociales desde los discursos individuales y “la resignificación subjetiva de la realidad a propósito de los cambios de ésta mientras se narra a lo largo del tiempo” (Arias & Alvarado, 2015, p. 178). De esta forma, narrar implica verbalizar las emociones e ideas experimentadas, dando sentido a la historia individual y logrando resignificar las experiencias cada vez que se renombren y se recreen.

En este sentido, contar con el apoyo de la población transgénero y de los profesionales en salud favorece una comprensión más amplia de la discriminación en los contextos de salud, pues se está dando voz a todos los actores, partiendo de la idea que cada uno significa sus experiencias desde su situación individual, ya sea como usuario o como funcionario prestador del servicio de salud.

Actores

Para el desarrollo de esta investigación, se requiere la participación de dos profesionales en salud y dos personas transgénero, quienes deben cumplir con dos criterios generales de inclusión: ser mayores de 18 años y residir en la ciudad de Villavicencio, adicionalmente, cada población debe cumplir con criterios específicos de inclusión, en el caso de las personas transgénero, haber acudido como usuarios a una institución prestadora del servicio de salud en la ciudad y en cuanto a los profesionales en salud, tener mínimo una experiencia en atención a la población transgénero, dentro de su contexto laboral en Villavicencio. En ese orden de ideas, se contó con la participación

voluntaria de dos mujeres transgénero y dos profesionales en medicina quienes cumplen con los criterios mencionados.

Estrategia

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos se hace uso de escenarios conversacionales como herramienta que favorece la comprensión de la situación problema que se plantea, pues Estupiñán y González (como se cita en Pava 2015) establecen que “las narrativas conversacionales son producciones discursivas emergentes o actos narrativos contextualizados que organizan el significado de la experiencia situada vivida y narrada, entre autores y coautores (...)” (p.208). Los escenarios conversacionales permiten conocer las vivencias de las personas transgénero y de los profesionales en salud desde la comprensión de las estructuras interaccionales entre su cotidianidad y su realidad social, lo cual facilita a los investigadores reconocer las problemáticas que enfrentan los distintos actores, sus implicaciones emocionales e intentos de solución de conflictos en contextos de salud.

Los contextos conversacionales a través del discurso y la narrativa se encargan de dar diferentes sentidos a las vivencias del ser humano, buscando de esta manera, organizar y orientar el significado que las personas le atribuyen al relato de sus vivencias, las cuales están mediadas por la interacción humana (Estupiñán & González, 2015).

Desde una postura sistémico- construccionista, el resultado de una conversación social es la narrativa, por ello, en la presente investigación se utiliza como estrategia los escenarios conversacionales, dicha conversación permite una co-construcción de sentidos entre co-narradores e interlocutores, la cual permite una interacción dialógica, que está abierta a transformarse y que se encuentra situada en un espacio simbólico e interaccional entre hablantes (Estupiñán & González, 2015). Según los mismos autores, la narrativa conversacional es el contexto al que finalmente deben llevarse los relatos, desde allí, se logran re-conocer y re-constituir tanto los sentidos de vivencias individuales, como los significados de experiencias relacionales, funcionales en la interacción social de los individuos.

Para la presente investigación se realiza un escenario conversacional con personas transgénero (P1: Shirley - P2: Andrea) y otro con profesionales en salud (P3: Pablo - P4: Cindy),

cada escenario se realiza mediante tres escenas, las cuales difieren según su objetivo y de igual forma cambia el rol de cada participante e investigadora (Inv.1 - Inv.2 - Inv.3).

La primera escena denominada *un viaje por mi historia* (Figura 1) tuvo como fin explorar de forma reflexiva con los participantes de cada escenario (personas transgénero o profesionales en salud) las narrativas dominantes y las pautas relacionales en las que emergen y se mantienen en relación con la discriminación a personas transgénero en contextos de salud (Estupiñán & González, 2015).

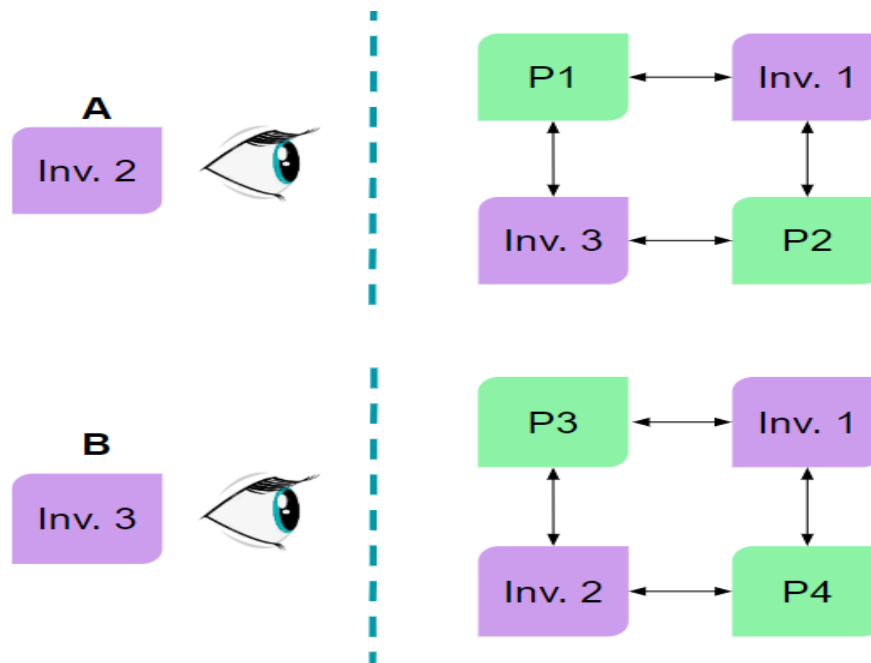


Figura 1. *Un viaje por mi historia*, por Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020

Nota: Esta figura corresponde a la primera escena de los escenarios conversacionales realizados con personas transgénero (A) y profesionales en salud (B), donde una investigadora cumple el rol de observadora mientras que las demás investigadoras dirigen la conversación con los respectivos participantes.

En la segunda escena nombrada *el otro lado del viaje* los participantes cumplen el rol de observadores como se muestra en la Figura 2, mientras las investigadoras mediante el uso de procesos de autorreferencia, realizan reflexiones en torno a los relatos que emergieron en la primera escena, con el fin de comprender y deconstruir los significados vividos por la población (Estupiñán & González, 2015).

Según Garzón (2008), la autorreferencia está dada en actos comunicativos desarrollados en espacios definidos y conformados por participantes y sus experiencias, al igual que “...los fines de las mismas tanto implícitos como explícitos dentro de dinámicas relacionales, dinámicas que involucran tanto las reglas propias del contexto como las que emergen resultado de la conversación” (p.165); de esta forma, el autor menciona que la autorreferencia implica verse a sí mismo con relación a otros, dando lugar a un encuentro humano de forma intelectual y emocional con otros sujetos, con los que además de conversar, se reflexione y recreen acciones complejas de modo que se tenga consciencia de sí mismo, del otro y del nosotros que surge en cada encuentro.

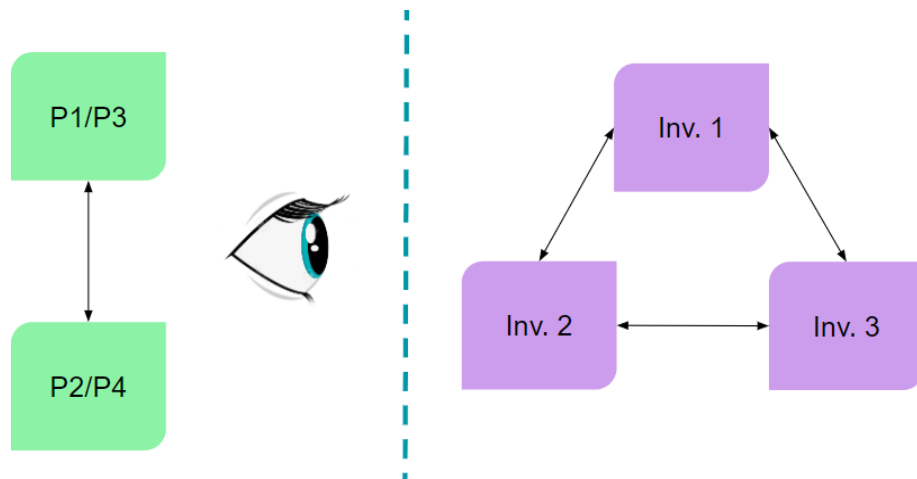


Figura 2. *El otro lado del viaje*, por Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020

Nota: En la segunda escena los respectivos participantes cumplen el rol de observadores, mientras que las tres investigadoras dan continuidad al escenario conversacional.

En la tercera escena denominada *regreso a casa*, (Figura 3) las investigadoras y los participantes comparten el mismo espacio con el objetivo de retomar los puntos importantes que los participantes identificaron de la segunda escena, permitiendo así la co-construcción de nuevas narrativas que coordinan y posibilitan nuevos significados, experiencias y pautas relacionales (Estupiñán & González, 2015). Además, se dará lugar a concluir reflexiones finales de los relatos emergentes a lo largo del ejercicio para finalmente hacer el cierre respectivo.

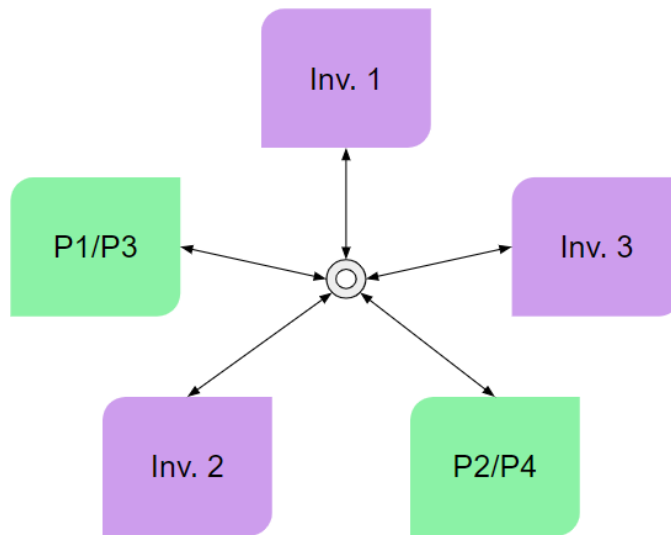


Figura 3. Regreso a casa, por Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020

Nota: En la tercera escena las investigadoras y los participantes de cada grupo, se encuentran dentro del mismo espacio dando continuidad a lo conversado en las anteriores escenas y posterior a ello se realiza el cierre del escenario conversacional.

Trayectoria/procedimiento

Este estudio se desarrolla por medio de las siguientes fases:

Primera fase: Acercamiento a la población.

Encuentro en diferentes momentos con los actores participantes de la investigación con el fin de socializar objetivos, propósito y expectativas del proceso investigativo dando espacio a la solución de dudas e inquietudes al respecto. También, se acuerda el lugar y fecha de encuentro para el desarrollo de cada escenario conversacional.

Segunda fase: Consentimientos y aplicación.

Teniendo claras las implicaciones de la participación, se firma el consentimiento informado con cada participante y se da inicio al escenario conversacional, el primero con las personas

transgénero en Cámara de Gesell de la Universidad Santo Tomás y el segundo con los profesionales en salud en un lugar ajeno a la Universidad, cada uno con una duración aproximada de 90 minutos.

Tercera fase: Organización de información.

Se realiza la transcripción de las grabaciones en audio de los escenarios conversacionales y se realiza una matriz de codificación de información conformada por las categorías: Discriminación, personas transgénero y profesionales en salud. Esta fase se desarrolla en un tiempo de tres semanas.

Cuarta fase: Análisis de la información.

En un lapso de cuatro semanas se discuten los hallazgos de la investigación teniendo en cuenta el referente teórico y los objetivos planteados, posterior a ello se realizan las conclusiones finales del proceso investigativo.

Quinta fase: Devolución de resultados.

Para la retroalimentación de resultados se realiza una socialización de forma virtual con los actores del estudio, la cual toma un tiempo aproximado de 45 minutos con cada grupo.

Consideraciones éticas

El ejercicio de la profesión de psicología, lo reglamenta la Ley 1090 de 2006 a través del Código Deontológico y Bioético (Congreso de Colombia, 2006) por medio del cual, se garantiza el cumplimiento de los principios descritos en la Tabla 1, de igual forma, la presente investigación se acoge a los principios rectores que contempla el Congreso de Colombia (2012) en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 con el fin de reafirmar la protección de información y datos personales brindados por los actores de la investigación.

Tabla 1. *Consideraciones éticas para el desarrollo de la investigación*

Ley 1090 de 2006: Código Deontológico y Bioético del Psicólogo		
Título/Capítulo	Artículo	Relación con la presente investigación
Título II: Disposiciones generales	Art. 2	Confidencialidad: Para dar inicio a la investigación es indispensable tener la aprobación de los actores por medio del consentimiento informado, en el cual, se especifican los límites legales de la confidencialidad de datos y resultados de la investigación.
		Bienestar del usuario: Dentro del proceso de investigación el psicólogo debe velar por la integridad y bienestar de los individuos con los que trabaja, otorgando libertad en la participación del estudio, además, debe proporcionar información clara sobre el objetivo y la intervención que se llevará a cabo en la investigación.

Tabla 1. (Continuación)

		<p>Evaluación de técnicas: Se está en el deber de dar a conocer a los actores del estudio los resultados, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones que surgen de la investigación. Por tanto, la devolución de resultados se hace por medio de una socialización con los actores del estudio.</p>
		<p>Investigación con participantes humanos: Para realizar un estudio con la participación de seres humanos, el psicólogo debe tener conocimiento sobre los principios legales que regulan este tipo de investigaciones y asimismo respetar su dignidad.</p>
<p>Título VII: Del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología / Capítulo VII: De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones</p>	Art. 49	<p>Aquellos psicólogos que trabajan en la producción científica, son responsables de sus temas de investigación, de la metodología y materiales que emplean, al igual que de los resultados, análisis, conclusiones y respectiva divulgación.</p>
	Art. 50	<p>Para el desarrollo de la presente investigación, se debe partir de principios éticos como la dignidad y el respeto de los actores, también, el psicólogo está en el deber de proteger los derechos de quien participa en su investigación.</p>

Tabla 1. (Continuación)

Ley Estatutaria 1581 de 2012		
Capítulo/Título	Artículo	Relación con la presente investigación
Título II Principios rectores	Art. 4	<p>Finalidad: La investigación que se desarrolla debe tener una única finalidad, la cual debe estar en conocimiento de los actores partícipes.</p> <p>Libertad: La participación de los actores dependerá de su previa autorización por medio del consentimiento informado y de igual forma, sus datos no serán divulgados sin su aprobación.</p> <p>Veracidad o claridad: Al obtener la información y hacer su respectivo análisis, no se deberá manipular o alterar, por tanto, será exacta, completa y comprensible. Además, este principio prohíbe el tratamiento de datos, pues podría inducir a un error.</p> <p>Transparencia: Los investigadores deben brindar información pertinente a los actores, toda vez que estos la requieran.</p> <p>Acceso y circulación restringida: El uso de la información está sujeta a las disposiciones de la ley a cargo, por lo tanto, únicamente los investigadores y las personas autorizadas por la presente ley, harán uso de los datos brindados por cada uno de los actores. Solo aquella información que se considera pública, a excepción de los datos personales, estará disponible en internet o</p>

Tabla 1. (Continuación)

	diferentes medios de comunicación y el acceso a la información debe ser técnicamente controlable.
	Seguridad: El manejo de la información por parte de los investigadores, se realiza teniendo en cuenta las disposiciones técnicas, administrativas y humanas, con el propósito de impedir, su pérdida, alteración y uso inadecuado o fraudulento.

Nota: La propuesta de consideraciones éticas de la presente investigación, aborda cuatro disposiciones generales de las diez establecidas por la Ley 1090 de 2006, asimismo, se tienen en cuenta los artículos 49 y 50. De igual forma, la Ley estatutaria 1581 de 2012, establece ocho principios rectores para el tratamiento de datos personales, de los cuales se mencionan seis (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).

Para dar cumplimiento a la Ley 1090 de 2006 y la Ley Estatutaria 1581 de 2012, se hace entrega de un consentimiento informado a cada uno de los participantes antes de iniciar con la aplicación de la estrategia de investigación, en dicho consentimiento se informa que su participación no implica ningún riesgo inmediato o posterior al estudio; su identidad y privacidad no será divulgada, aun cuando los participantes autorizaron ser llamados por su nombre real durante el ejercicio, para evitar el uso de seudónimos y de igual forma, se indica que será proporcionada información actualizada sobre la investigación toda vez que la requieran, aunque, esto signifique el retiro de su consentimiento, lo que no representa perjuicio alguno. Una vez terminadas las fases de aplicación y análisis de la información, se realiza la entrega de resultados a los participantes, por medio de una socialización virtual.

Resultados

Para representar los hallazgos de la presente investigación se hizo uso de una matriz de codificación por cada escenario conversacional teniendo en cuenta las categorías: discriminación, personas transgénero y profesionales en salud, también, las subcategorías que emergieron en cada escenario, en el caso de las participantes transgénero (Tabla 2): lenguaje no verbal, trato no digno, lo que implica ser transgénero, autoreconocimiento y personal con quien se dificulta la relación durante la atención; en lo que corresponde al escenario conversacional con los profesionales en salud (Tabla 3) surgieron otras subcategorías como concepción de lo que implica ser transgénero, actitud ante los profesionales en salud y atención brindada a personas transgénero.

Dentro de los relatos de los participantes, emergen diferentes situaciones comprendidas como barreras de acceso que enfrenta la población transgénero al momento de acceder a servicios de salud, algunas de ellas son: el sistema de creencias que tienen algunos profesionales en salud frente a las diversas identidades de género, lo que interfiere en la atención que brinda y por ende, en la relación que se establece entre médico y paciente; anticipación al estigma en contextos de salud por parte de las personas transgénero y el no reconocimiento del nombre con el que se identifican, en cuanto a este último, los participantes Cindy, Pablo y Andrea resaltan que ante las instituciones prestadoras de servicios de salud, el cambio de nombre y sexo en los documentos legales favorece el reconocimiento de la identidad y expresión de género.

Tabla 2. *Escenario conversacional con participantes transgénero.*

Categorías	Subcategorías	Códigos		Interpretación
		(Categoría.Subcategoría. Línea.Participante-Escena)		
Discriminación (D)	Lenguaje verbal (LV)	no	D.LV.51.P1-A; D.LV.63.P2-A; D.LV.64.P1-A; D.LV.76.P1-A; D.LV.94.P1-A; D.LV.173.I2-B.	Para las participantes, las expresiones corporales como codeos y miradas juzgantes por parte de los demás pacientes y del personal de salud, son considerados como actos ofensivos, que al provenir de los profesionales en salud representan una barrera de acceso para la población transgénero.
	Trato no digno (TD)		D.TD.25.P2-A; D.TD.26.P2-A; D.TD.34.P2-A; D.TD.36.P2-A; D.TD.38.P2-A; D.TD.45.P1-A; D.TD.48.P1-A; D.TD.53.P1-A; D.TD.56.P1-A; D.TD.59.P2-A; D.TD.62.P2-A; D.TD.69.P1-A; D.TD.71.P1-A; D.TD.82.P1-A; D.TD.94.P1-A;	En servicios de salud como consulta externa, se presentan situaciones relacionadas con el no reconocimiento del nombre identitario y expresión de género de las pacientes transgénero, así como malos comentarios, murmullos y burlas por parte del personal de salud. Lo anterior es asociado por las participantes como un trato intencional, que genera en ellas una predisposición frente a la atención y afectaciones en su salud física y mental. Además, dichas situaciones discriminatorias dificultan el acceso

Tabla 2. (Continuación)

		D.TD.109.P1-A; D.TD.124.P1-A; D.TD.129.P2-A; D.TD.132.P2-A; D.TD.139.P2-A; D.TD.160.I3-B.	a servicios de salud, convirtiéndose en una barrera de acceso.
Personas Transgénero (PT)	Lo que implica ser transgénero (IT)	PT.IT.26.P2-A; PT.IT.33.P2-A; PT.IT.34.P2-A; PT.IT.35.P2-A; PT.IT.47.P1-A; PT.IT.66.P2-A; PT.IT.73-P2-A; PT.IT.91.P1-A; PT.IT.93.P1-A; PT.IT.172.I2-B; PT.IT.176.I2-B; PT.IT.193.P1-B; PT.IT.201.P1-C; PT.IT.211.P1-C; PT.IT.225.P2-C.	<p>Se identifica que gran parte de las experiencias de las participantes han sido vividas desde el sufrimiento, rechazo, desprecio y falta de apoyo en contextos como social, familiar y de salud, a causa de los prejuicios establecidos socialmente respecto a su identidad de género e imagen corporal, entendiendo que cada una de ellas atraviesa por un proceso de transición diferente.</p> <p>Estas vivencias resultan siendo factores de riesgo para la población transgénero, pues conducen, por ejemplo, a la automedicación y prostitución.</p> <p>Todo lo anterior conlleva a una sobrecarga emocional en las participantes, razón por la que tienden a actuar de manera impulsiva.</p>

Tabla 2. (Continuación)

Profesionales en salud (PS)	Autoreconocimiento (AR)	PT.AR.5.P1-A; PT.AR.6.P2-A; PT.AR.57.P1-A; PT.AR.61.P2-A; PT.AR.152.P1-A; PT.AR.227.P2-C; PT.AR.243.P1-C; PT.AR.247.P1-C; PT.AR.259.P1-C.	Ambas participantes han realizado el proceso de transición de género masculino a femenino y su imagen corporal se encuentra feminizada, lo que las caracteriza como mujeres transgénero, sin embargo, se evidencia que la participante P1: Shirley se identifica como travesti.
	Personal con quien se dificulta la relación durante la atención (MD)	PS.MD.26.P2-A; PS.MD.49.P1-A; PS.MD.55.P1-A; PS.MD.113.P1-A; PS.MD.137.P2-A; PS.MD.161.I1-B; PS.MD.166.I3-B; PS.MD.180.I1-B.	Las participantes mencionan que su inconformidad en los contextos de salud está dada por la atención descortés que ofrecen mujeres auxiliares de enfermería, enfermeras y el personal encargado del área de facturación, lo cual afecta la calidad del servicio que se ofrece a la población transgénero dando lugar al establecimiento de una barrera de acceso a la salud.

Nota: Con el fin de representar a cada participante, investigadora y escena, se asignaron los siguientes códigos, P1: Shirley; P2: Andrea; I1: Nataly; I2: Yina; I3: Natalia; A: primera escena; B: segunda escena y C: tercera escena. De igual forma cada categoría y subcategoría tiene un código como se observa en la tabla (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).

Durante los escenarios conversacionales emergieron diferentes narrativas relacionadas con las categorías de análisis, en lo que respecta a la categoría de discriminación, surgieron narrativas dominantes dirigidas a expresiones corporales y términos despectivos hacia las personas

transgénero por parte del personal de salud y demás pacientes, en cuanto a las narrativas alternas, se reconocen recursos propios con los que las participantes transgénero hacen frente a las situaciones de discriminación que viven a nivel social y en contextos de salud. Además, los profesionales en salud entienden que es a raíz de la susceptibilidad de las personas transgénero que se generan situaciones comprendidas como discriminatorias en contextos de salud.

En la categoría de personas transgénero se observan relatos dominantes referidos a la población transgénero como personas vulnerables debido a las implicaciones que su identidad de género tiene en la sociedad, lo cual, genera a su vez una predisposición con el servicio de salud, además, se visibiliza en las participantes transgénero relatos alternos dirigidos a sentimientos de fortaleza y capacidades propias para resignificar su vida a partir del sufrimiento al que han estado expuestas en diferentes escenarios de su vida.

Si bien los profesionales en salud manifiestan que brindan una atención igualitaria a todos sus pacientes, en la categoría de profesionales en salud, se identificaron narrativas dominantes por parte de las participantes transgénero dirigidas a la inconformidad que sienten a causa del trato despectivo que reciben por parte de algunos profesionales en salud, sin embargo, en las narrativas alternas se reconoce haber recibido en algunas ocasiones una atención en salud basada en el respeto y reconocimiento de su identidad de género, en ese orden de ideas, los profesionales en salud manifiestan la importancia de una atención más humanizada hacia esta población.

Tabla 3. *Escenario conversacional con participantes profesionales en salud*

Categorías	Subcategorías		Códigos		Interpretación
			(Categoría.Subcategoría .Línea.Participante- Escena)		
Discriminación (D)	Lenguaje verbal	no	D.LV.41.P3-A.	El participante observa algunas expresiones corporales juzgantes como miradas despectivas, por parte de los demás usuarios y	
	(LV)				

Tabla 3. (Continuación)

Personas Transgénero (PT)	Trato no digno (TD)	D.TD.39.P3-A; D.TD.43.P3-A; D.TD.47.P3-A; D.TD.58.P3-A; D.TD.60.P3-A.	profesionales en salud, hacia una paciente transgénero. El participante identifica una barrera de acceso generada por algunos profesionales en salud, quienes retardan la atención del usuario sin justificación alguna y hacen uso de términos despectivos a razón de la identidad de género del paciente, además, insisten en llamar a la persona por el nombre que aparece en la cédula y no con el cual se identifican.
	Concepción de lo que implica ser transgénero (IT)	PT.IT.30.P3-A; PT.IT.32.P4-A; PT.IT.66.P4-A; PT.IT.68.P4-A; PT.IT.114.P4-C; PT.IT.116.P4-C; PT.IT.143.P3-C.	Los participantes conciben a la población transgénero como personas con unas características corporales y emocionales específicas, también, consideran que, a diferencia de cualquier otro usuario, las personas transgénero son más susceptibles y vulnerables.

Tabla 3. (Continuación)

Profesionales en salud (PS)	Actitud ante los profesionales en salud (AP)	PT.AP.40.P3-A; PT.AP.44.P3-A; PT.AP.69.P3-A; PT.AP.70.P3-A; PT.AP.111.P3-C; PT.AP.144.P3-C.	Las personas transgénero, al momento de acceder al servicio de salud, llegan con una predisposición a causa de malas experiencias vividas previamente lo cual dificulta la atención.
	Atención brindada a personas transgénero (AB)	PS.AB.37.P3-A; PS.AB.43.P3-A; PS.AB.46.P3-A; PS.AB.50.P4-A; PS.AB.51.P4-A; PS.AB.57.P3-A; PS.AB.59.P3-A; PS.AB.62.P3-A; PS.AB.70.P3-A; PS.AB.73.P4-A; PS.AB.74.P4-A; PS.AB.78.P4-A; PS.AB.79.P4-A; PS.AB.94.I1-B; PS.AB.95.I3-B; PS.AB.115.P4-C; PS.AB.138.P4-C; PS.AB.146.P4-C; PS.AB.147.P3-C; PS.AB.148.P4-C.	La atención que brinda un profesional en salud está determinada por su sistema de creencias, habilidades de empatía y la disposición del tiempo de atención que le brinde el servicio en el que se encuentra (urgencias, consulta externa, traslado asistencial, entre otros). Se concibe que la atención a usuarios transgénero se facilita en el servicio de consulta externa, pues hay mayor privacidad en la consulta y posibilita una relación más cercana.

Nota: Con el fin de representar a cada participante, investigadora y escena, se asignaron los siguientes códigos, P3: Pablo; P4: Cindy; I1: Nataly; I2: Yina; I3: Natalia; A: primera escena; B: segunda escena y C: tercera escena. De igual

forma cada categoría y subcategoría tiene un código como se observa en la tabla (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).

Para identificar las narrativas dominantes y alternas que surgieron de los escenarios conversacionales se realiza una matriz de codificación por cada escenario (Tablas 4 y 5), teniendo en cuenta las categorías de análisis.

Tabla 4. *Narrativas dominantes y alternas: participantes transgénero*

Categoría	Narrativa	Código (Categoría.Línea a. Participante- Escena)	Interpretación
Discriminación (D)	Dominante	D.49.P1-A; D.51.P1-A; D.59.P2-A; D.62.P2-A; D.69.P1-A; D.71.P1-A; D.73.P2-A; D.76.P1-A; D.103.P1-A; D.124.P1-A; D.129.P2-A; D.132.P2-A; D.240.P1-C.	En los relatos de las participantes predominan narrativas dirigidas a sentimientos de vulnerabilidad por falta de empatía de la sociedad en general hacia su realidad social, además, Shirley y Andrea reiteran que los tratos recibidos por gran parte de los profesionales en salud son injustos (burlas, miradas juzgantes, ofensas, codeos) y conllevan a la discriminación, especialmente cuando son llamadas por el nombre que aparece en la cédula y no, por el nombre identitario.

Tabla 4. (Continuación)

Personas transgénero (PT)	Dominante	PT.34.P2-A; PT.66.P2-A; PT.91.P1-A; PT.93.P1-A; PT.193.P1-A.	Se evidencian expresiones de sufrimiento debido a que manifiestan “una vida invalorable, despreciable” y sobrecargada de dolor a causa de su identidad de género, desde el momento en que inician con el proceso de transición, lo anterior es vivenciado en el sistema familiar y en contextos de salud.
	Alternativo	PT.136.P2-A; PT.194.P1-C; PT.227.P2-C; PT.234.P1-C; PT.251.P1-C.	Se visibilizan en las participantes sentimientos de fortaleza y capacidades propias para resignificar su vida a partir del sufrimiento al que han estado expuestas en diferentes escenarios de su vida.
Profesionales en salud (PS)	Dominante	PS.33.P2-A; PS.36.P2-A; PS.55.P1-A; PS.103.P1-A; PS.118.P1-A; PS.120.P1-A.	Se manifiestan narrativas dirigidas a la inconformidad con la atención brindada por gran parte del personal de salud, la cual se basa en un trato despectivo intencional.
	Alternativo	PS.103.P1-A; PS.114.P1-A; PS.118.P1-A.	Se reconoce que hay profesionales en salud que basan su atención en el respeto y reconocimiento de la identidad de género del paciente, generando un espacio de confianza y comodidad para la persona transgénero.

Nota: Matriz de codificación según narrativas dominantes y alternas de las participantes transgénero (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).

Tabla 5. *Narrativas dominantes y alternas: profesionales en salud*

Categoría	Narrativa	Código (Categoría.Línea . Participante- Escena)	Interpretación
Discriminación (D)	Dominante	D.39.P3-A; D.41.P3-A; D.43.P3-A; D.47.P3-A; D.60.P3-A.	Se comprenden narrativas dominantes encaminadas a situaciones discriminatorias hacia personas transgénero por parte de los demás pacientes y algunos profesionales en salud e identifica que la no concordancia entre la identidad de género y su documento de identidad representa una barrera en la atención.
	Alternativo	D.146. P4-C; D.147. P3-C.	Los participantes entienden que es a raíz de la susceptibilidad de las personas transgénero que se generan situaciones comprendidas como discriminatorias en contextos de salud.
Personas transgénero (PT)	Dominante	PT.40.P3-A; PT.44.P3-A; PT.66.P4-A; PT.68.P4-A; PT.69.P3-A; PT.114.P4-C; PT.116.P4-C; PT.143.P3-C.	Se observan relatos dominantes referidos a la población transgénero como personas vulnerables debido a las implicaciones que su identidad de género tiene en la sociedad, lo cual genera a su vez una predisposición con el servicio de salud, dificultando la relación médico- paciente.

Tabla 5. (Continuación)

Profesionales en salud (PS)	Alternativo		
	Dominante	PS.51.P4-A;	Se entiende que la atención brindada a todos los pacientes es la misma, sin hacer excepciones por identidad de género o cualquier situación especial.
		PS.73.P4-A;	
	Alternativo	PS.115.P4-C;	Se identifica que, en contextos de salud, la atención brindada a personas transgénero difiere de otros usuarios, ya que se requiere más tiempo para hacer un buen encuadre, el cual, incluye reconocer al paciente desde su identidad de género. Asimismo, se reconoce la importancia de una atención más humanizada.
		PS.147.P3-C.	
	Alternativo	PS.66.P4-A;	
		PS.68.P4-A;	
		PS.78.P4-A.	

Nota: Matriz de codificación según narrativas dominantes y alternas de los profesionales en salud (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).

Discusión de resultados

Para el desarrollo de este apartado se realiza una interpretación de los escenarios conversacionales, a la luz de los marcos de referencia propuestos inicialmente, con el fin de dar sustento a las comprensiones que surgen desde el ejercicio investigativo.

Boaventura de Sousa Santos (2007), refiere que el conocimiento da cuenta de sujetos y soporta prácticas, además, todo conocimiento es testimonio porque lo que conocen sobre lo real siempre se refleja en lo que dan a conocer sobre el sujeto de conocimiento, es así como el autor menciona que las relaciones entre el conocimiento científico y no científico (ecología de saberes), extiende el alcance de la intersubjetividad como interconocimiento y viceversa. En este orden de ideas, es importante reconocer el valor de las narrativas de los participantes ya que el modo de comprender de las personas transgénero, los profesionales en salud y las investigadoras, difiere de acuerdo a la subjetividad de cada uno, por tanto, conocer sus experiencias posibilita llegar a una comprensión más amplia de las situaciones de discriminación que enfrentan las personas transgénero al momento de acceder a servicios de salud en Villavicencio.

Respecto a la categoría de discriminación, en los escenarios conversacionales realizados con las dos poblaciones se evidenciaron narrativas dominantes dirigidas a expresiones corporales y términos despectivos hacia las personas transgénero, por parte del personal de salud y demás pacientes, también, del no reconocimiento del nombre identitario de una persona transgénero al momento de recibir atención en salud, situaciones que resultan siendo una barrera de acceso, como se evidencia en las siguientes líneas:

D.LV.51.P1-A: “(...) pero uno siente esas ofensas de la mirada o que se codean de que uno llegó allí, son unas ofensas que uno siente del pie a la cabeza... ¡horribles!”

D.LV.139.P2-A: “(...) fue como muy vulgar como muy grotesca y me dice: ay la verdad yo no soy un GPS para andarle diciendo a usted dónde queda tal cosa, esto joven, señor o señorita... lo que sea (...)”

D.47.P3-A: “desafortunadamente desde otro plano en el que yo no la estaba atendiendo, si escuchas comentarios como de “ay yo no voy a atender ese marica o a esa loca” o cosas por el estilo”.

Adicional a ello, en el escenario conversacional que se realizó con las personas transgénero, las participantes mencionan que dichos tratos provienen de mujeres que hacen parte del personal de enfermería, además, por medio de los procesos autorreferenciales las investigadoras retoman lo dicho por las participantes, permitiendo comprender que los estereotipos de género son determinantes a la hora de establecer una comunicación entre el personal en salud y los pacientes transgénero, por ello se tienen en cuenta líneas como:

PS.MD.113.P1-A: “Porque digamos los doctores más que todo no, son las enfermeras, son las que lo hacen sentir mal a uno ¿sí?”

PS.MD.55.P1-A: “Sí porque hay chicas que son como con sentido doble, ¿si me entiende?, como con frases dobles y aprovechan que hay más personas al lado de uno, o sea se lucen”

167.I1-B: “Lo otro que me parecía como interesante, que hacía énfasis Shirley, es que esas situaciones estaban dadas más entre las mujeres, entonces considero yo que tal vez sea por el rol de género y el estereotipo de género que está tan marcado en la sociedad donde una mujer tiene que ser esto, tiene que ser esto otro, entonces, cuando vemos que algo diferente (...)”.

168.I2-B: “Algo que se sale de esa casilla porque es así, como si estuviera encasillado”.

Lo anterior da cuenta de barreras de acceso en salud para las personas transgénero, desde actos discriminatorios que representan un daño al autoconcepto e identidad de las personas pues, Prevert, Navarro y Bogalska (2012) refieren que quienes enfrentan estas situaciones tienden a asimilar los prejuicios desvalorizantes de los que han sido objeto, asumiendo que están determinados por su condición social, en este caso, como mujeres transgénero, como se observa en la siguiente línea: “No, ni un hombre, mujer ni (inaudible) siente, lo que siente un marica, vulgarmente (frunce el ceño), cuando alguien lo ofende con una palabra, (sube el tono de voz) con un desprecio, con una mirada, con un señalamiento.” (PT.IT.211.P1-C).

Además, la Defensoría del Pueblo (2018b), considera como barrera de acceso las actitudes discriminatorias del personal administrativo y de salud, así como retardar injustificadamente la atención en salud requerida por una persona transgénero, así como lo expresa Pablo: “Entonces incluso muchas veces hasta le demoran la atención, solo porque le cayó mal a la persona, por su cambio, pues a transgénero” (D.TD.58.P3-A).

Según la investigación realizada por Jaffee, Shires y Stroumsa (2016), las personas transgénero prefieren no acudir a contextos de salud a causa de las demoras en el servicio y el desconocimiento de sus necesidades, lo cual se traduce en situaciones discriminatorias como ya se mencionó anteriormente y coincide con la narrativa de la participante Andrea quien refiere: “Entonces claro uno decía... no pues yo para que voy por allá, yo cancelaba esas citas psicológicas y decía no mejor yo no voy por allá, me voy es a que se me burlen de mí” (D.TD.132.P2-A). Sin embargo, la participante Shirley aun cuando debe enfrentarse a estas situaciones, sigue asistiendo a las instituciones prestadoras de servicios de salud: “Ah no, yo si voy, porque yo ya tengo como se dice madera y si yo necesito una cita médica o un medicamento o algo que necesito, a mí me resbala la mirada de la chica de allí y él de allí (...)” (D.96.P1-A).

Cyrułnik (2001) señala que durante el desarrollo del ser humano se van adquiriendo unos recursos internos que permiten al individuo enfrentar experiencias de dolor, así pues, Ausloos (1998) refiere que las familias también cuentan con dichos recursos los cuales pueden tener una procedencia de sí mismos y del entorno en el que viven. De acuerdo con lo anterior, se reconocen los recursos propios con los que las participantes transgénero hacen frente a las situaciones de discriminación que viven a nivel social y en contextos de salud.

En el caso de las participantes, Shirley brinda su ayuda a otras mujeres transgénero que están iniciando su proceso de transición y dedica tiempo a obras sociales como visitar un hogar geriátrico donde realiza labores de peluquería, en cuanto a contextos de salud, prefiere asistir a centros de salud pequeños donde hay menos flujo de personas e incluso el tipo de relación que se establece con el personal de salud llega a ser más cercana: “Ahorita estoy en un proceso odontológico y allí en el Porvenir y no, yo llego y como es pequeño, pues a mí me gusta allá, entonces Shirley venga, entonces no me van a llamar como en otras partes, no. Shirley pase, tu turno (...)” (D.103.P1-A).

Andrea, utiliza como recurso el cambio de nombre y sexo en su cédula para ser llamada por su nombre identitario y evitar situaciones discriminatorias en las que no es reconocida como mujer: “(...) quiero que me llamen así y era tan incómodo que lo llamaran a uno como pues... el nombre anterior que yo tenía, pero yo decía hacer todos esos cambios porque yo ya me canse de tantas cosas que uno dice ya no más (...)” (D.36.P2-A).

Por otra parte, en personas transgénero surgieron narrativas dominantes expresadas desde un lenguaje cargado de dolor y sufrimiento a causa de las experiencias que han tenido a lo largo de su vida, razón por la que consideran que: “(...) la vida de nosotras, es una vida invalorable, despreciable” (PT.91.P1-A), “es fea la vida para nosotras” (PT.93.P1-A). Lo anterior coincide con la investigación realizada por Arango (2017), quien señala que la negación o falta de reconocimiento social ubica a la persona transgénero en una posición de vulnerabilidad.

Honneth (1997) resalta que en el proceso de desarrollo personal y construcción de la identidad, son fundamentales las relaciones que se establecen con otros, pues cuando dichas relaciones no están dadas desde el reconocimiento se generan repercusiones en la autopercepción del sujeto, además, hay afectaciones en la autonomía y autoreconocimiento cuando la persona experimenta situaciones enmarcadas en la violencia, discriminación o desprecio, como es el caso de la población transgénero.

En ese orden de ideas, los profesionales en salud Cindy y Pablo, reiteran en que la dificultad de la atención a la población transgénero radica en la complejidad de la realidad social en la que viven y del tránsito de género por el que atraviesan pues, esto implica que sean personas vulnerables y más sensibles a las situaciones del entorno: “(...) es susceptible, más que cualquier persona, ¿sí? más, más que cualquier persona porque sus condiciones cambian totalmente, como yo lo dije en un principio, o sea, una persona encerrada en el cuerpo que no quiere” (PT.IT.114.P4-C).

En la investigación realizada por Barrientos et al. (2019), identificaron que para las personas transgénero, a diferencia de la población cisgénero, una situación cotidiana como, el ser llamados en un lugar público por el nombre que aparece en su documento de identificación, genera una expectativa ante la posibilidad de ser agredidos o rechazados, de modo que se presenta un alto nivel de ansiedad, lo que puede significar que, este tipo de experiencias previas se convierten en una fuente de estrés que influye en la disposición con la que una persona transgénero accede al servicio de salud, interfiriendo en la atención que brinda el profesional en salud, como lo menciona Pablo en la siguiente línea: “(...) como estas personas ya han tenido una experiencia en cuanto al Sistema de Salud, la gran mayoría han sido malas, creen que todo el personal de la salud va a llegar a atacarlas como ya lo han hecho en experiencias anteriores, muchas veces uno llega así sea muy amable ya ellos están a la defensiva” (PT.AP.69.P3-A).

Esta anticipación al estigma se comprende como una barrera de acceso a nivel individual, así como lo mencionan Zalazar et al. (2018) en su investigación con población transgénero, lo que se considera un factor de riesgo pues, conduce a la utilización de recursos alternos como la automedicación, la siguiente línea da cuenta de lo anterior: “que es donde muchas nos jodemos y preferimos automedicarnos, jodernos nosotras mismas que ir a un doctor (...)” (PT.IT.33.P2-A).

Sin embargo, se destaca que las participantes Shirley y Andrea han afrontado de forma positiva, las adversidades a las que son expuestas en su realidad social como mujeres transgénero, lo cual puede entenderse a partir de procesos de resiliencia teniendo en cuenta que para Cyrulnik (2001), estos procesos son la “resistencia al sufrimiento, señala tanto la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia” (p. 2), de esta forma, se entiende que las personas transgénero han tomado a su favor las circunstancias que han vivido, lo cual ha permitido mitigar el dolor que emerge de dichas experiencias, según se observa en las siguientes líneas:

PT.194.P1-C: “Pero a la vez yo lo veo, para mi es súper, porque yo al haber vivido esa situación, me siento a veces, siempre, mejor, mejor y mejor (...)”.

P2.197-C: “¿sabe qué es lo que mantiene ahorita? Eso que yo les decía que sí, habían momentos en que yo me ponía triste, muy depresiva, decía: no quiero seguir con esto pero, yo me veía al espejo y esto es lo que me hace feliz (señala su rostro y su cuerpo) esto es lo que yo deseaba, si yo me veo como un niño no voy a ser feliz, esto es lo que yo de verdad... maquillarme las uñas, maquillarme el rostro, sentirme así.”

Es importante resaltar que, en el escenario conversacional con la población transgénero se reconoció que, aun cuando las dos participantes se identifican como mujeres, una de ellas se refiere a sí misma como travesti, lo que se puede ver en la siguiente narrativa: “yo ya tengo toda la experiencia en la vida de una travesti, eso le enseña a uno muchas cosas... no importa el golpe que no lo valoren o sea, ¡yo soy así!” (PT.AR.243.P1.C). Se comprende que las personas travestis se visten con prendas que culturalmente hacen parte del género opuesto y principalmente, no hay inconformidad con su sexo biológico, por tanto, no hay deseo de cambiarlo (APA, 2011), por el contrario, la participante manifiesta una molestia significativa con el sexo asignado biológicamente, razón por la que realiza el proceso de transición de género, con el fin de que su corporalidad sea acorde a su identidad como mujer. Podría entonces cuestionarse si ¿la

conceptualización de las diferentes identidades de género y orientaciones sexuales son lo suficientemente claras para las personas que hacen parte de la comunidad LGBTI y para aquellas que no?

En este sentido, desde procesos autorreferenciales de las investigadoras se comprende que las dificultades en la relación que se establece entre las personas transgénero, los profesionales en salud y por consiguiente, las instituciones de salud, pueden estar dadas por el desconocimiento de la atención en salud desde un enfoque diferencial LGBTI, cabe resaltar que los profesionales en salud coinciden con la comprensión realizada como se observa a continuación:

I1.181-B: “¿Será que tal vez tiene que ver con la parte educativa, capacitación?”.

I3.93-B: “(...) digamos se tenga en cuenta un enfoque diferencial a la hora de la atención, si bien ya está, no estoy segura, no se está implementando o tal vez no haya la capacitación (...)”.

P3.56-A: “o sea en lo que he trabajado, en la experiencia que tengo, nunca me han hecho asistir a una capacitación en atención primaria... en fin a personas transgénero”

PT.IT.66.P4-A: “Yo creo que como Pablo lo dijo, de pronto más capacitación y más porque es gente muy susceptible (...)”.

Lo anterior, también se relaciona con la importancia de potencializar habilidades clínicas en los profesionales en salud, que favorezcan la comunicación con pacientes transgénero, es decir, de acuerdo con Bravo, Jurado y Tejera (2019), es importante que durante el proceso de formación profesional de los médicos, se fortalezcan habilidades como la escucha activa, identificación de las emociones y aceptación de la forma en que el paciente las expresa. Además, en un estudio realizado en Canadá, los autores mencionan que la falta de experiencia con pacientes transgénero en el proceso de formación de los médicos, al igual que la ausencia de temas relacionados con la salud transgénero en el plan de estudios, dificultó adquirir la competencia clínica de atención médica a esta población (Snelgrove, Jasudavisius, Rowe, Head & Bauer, 2012). Cabe agregar que, con base en la presente investigación y en los referentes investigativos ya mencionados, se comprende que los vacíos de conocimiento en la academia respecto a las personas transgénero, al igual que la falta de capacitación en la vida laboral representan una barrera de acceso a los servicios de salud para esta población en la ciudad de Villavicencio.

También, se hizo visible que más allá de una barrera de acceso desde la academia, tiene que ver con el sistema de creencias del personal de salud como lo menciona Pablo: “pero no todas

las personas piensan igual, son muy arraigadas a ciertas costumbres, creencias, en fin, que no nos dejan atender bien al paciente o a la paciente (...)” (P3.62-A). Esto coincide con los hallazgos de la investigación realizada por Snelgrove, Jasudavicius, Rowe, Head & Bauer (2012), donde la insensibilidad por parte del personal médico hacia las personas transgénero radica principalmente en las creencias personales sobre la sexualidad e identidad de género que desaprueban la vida de los pacientes transgénero.

En el relato de los profesionales en salud se identifican narrativas dominantes, relacionadas con la idea de brindar una atención igualitaria desde su quehacer profesional, sin excepciones según la cultura, género o raza de los usuarios del Sistema de Salud, no obstante, surgieron narrativas alternas en las que se reconoce: “(...) de entrada ya sabes que es un paciente que te va a llevar 40 minutos, entonces vas a saber que está atrasado o que te vas atrasar con ese paciente entonces, ya mentalizas de que bueno, cómo lo voy a empezar a tratar lo que yo te digo, se llama Andrés Felipe y entra... Florecita, entonces ya sabes que... toda la consulta cambia totalmente” (PS.AB.78.P4-A).

En concordancia con lo anterior, Bravo, Jurado y Tejera (2019) afirman que el establecimiento de una buena comunicación entre el médico y el paciente está determinado en gran parte, por el espacio de confianza, aceptación y respeto que brinda el profesional en salud, por tanto, se comprende que la atención a personas transgénero requiere de mayor tiempo para lograr un buen encuadre pues, de ahí va a depender la forma en que el paciente se siente durante la consulta, según refiere Shirley: “¿Qué cita médica es más hermosa que cuando uno termina hablando con el médico y la enfermera que está con el médico como en familia? (...)” (PS.118.P1-A), “Porque uno llega a una cita médica con un doctor o doctora lo que sea y a veces preguntan ¿Cómo te dicen? Pues como te dicen es mi nombre de mujer, entonces le están mostrando a uno que hay educación de ellos hacia uno (...)” (PS.114.P1-A)

En esta medida, Ortiz-Ocaña (2015) afirma que por medio del lenguaje el individuo emerge como un ser humano respetuoso y solidario consigo mismo y con los demás, por tanto, en el proceso de conversar surge una interacción afectiva, donde el lenguaje resulta favoreciendo una relación humana basada en la emoción de aceptación, es decir, si un profesional en salud utiliza un lenguaje con el que reconoce a sus pacientes transgénero desde su identidad de género, como lo menciona Cindy: “la conversación es mucho más fácil, uno si puede digamos, identificar más

en cómo se quiere llamar, cómo no se quiere llamar, cómo se siente mejor (...)” (PS.AB.51.P4-A), favorece una relación más humana, que posibilita una atención en salud sin barreras de acceso.

Sin embargo, los participantes mencionan que el Sistema de Salud no siempre favorece este tipo de conversaciones donde se logra un buen encuadre con el paciente transgénero pues, dependiendo el servicio en el que se encuentren (urgencias, consulta externa y traslado asistencial) el tiempo de atención es más limitado, dicho de otra manera, Moore, Gomez, Kurtz y Vargas (2010), mencionan que el Sistema de Salud, espera del personal médico, una eficacia en términos de cantidad y no de calidad de la atención brindada, lo cual conlleva a que se realicen consultas muy cortas para poder establecer un buen encuadre y por ende, un espacio de confianza y comunicación con el usuario.

Es importante visibilizar que ante situaciones como la descrita anteriormente, no solo se ve afectada la población transgénero al recibir una atención en salud que carece de una relación humana recíproca, sino también, el personal de salud, pues los participantes mencionan que las extensas jornadas laborales generan un alto nivel de estrés y ocasionan la adquisición de hábitos alimenticios inadecuados como comer a deshoras, atendiendo a lo anterior, se comprende que esto puede influir en la disposición que tienen los profesionales en salud, a la hora de brindar una atención a la población transgénero.

PT.AP.111.P3-C: “(...) que llegue otra persona a chocarte por cosas distintas y que tampoco se conciente de toda tu labor y todo el trabajo que vienes haciendo pues... es también complicado, entonces la cosa es aprender a ser conscientes desde la situación del otro”.

Lo anterior coincide con la investigación realizada por Ortiz-Acosta y Beltrán-Jiménez (2019), donde evidenciaron que la calidad de la atención que brinda un médico y la satisfacción del usuario, dependen de la capacidad que el profesional tenga para reconocer y hacer frente a sus propias emociones y las de sus pacientes, en ese sentido, los altos niveles de estrés en los profesionales en salud, interfieren en su salud física y en sus habilidades clínicas, aumentando el cansancio emocional, la comunicación poco asertiva, insatisfacción con su trabajo y distanciamiento con sus pacientes.

Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico, se identificaron narrativas dominantes en torno a la presencia de actos discriminatorios por parte de algunos profesionales en salud, lo que genera una predisposición en la población transgénero al momento de acceder a servicios de salud, del mismo modo, se evidencia que la calidad del encuadre que los médicos logran establecer con sus pacientes, depende del servicio en el que se encuentren (urgencias, consulta externa y traslado asistencial), pues cada uno de ellos tiene unas disposiciones de tiempo específicas para la atención.

De lo anterior, se desprenden narrativas alternas, que permiten ver procesos de resiliencia en las participantes transgénero, al igual que recursos internos utilizados para hacer frente a las situaciones de discriminación que viven en contextos de salud y en su entorno social.

Se resalta que, desde la comprensión de los participantes, el cambio de nombre y sexo en los documentos de identificación es un hecho significativo que facilita el reconocimiento de la identidad y expresión de género de las personas transgénero en contextos de salud. Por otra parte, los hallazgos de la presente investigación coinciden con investigaciones revisadas, donde se encontró que para las personas transgénero, la satisfacción con la atención en salud está determinada por el reconocimiento de su identidad de género por parte del profesional en salud.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, se reconoce que al momento de acceder a servicios de salud, las personas transgénero se encuentran con diferentes barreras tales como: la influencia que tiene el sistema de creencias del personal de salud respecto a las diferentes identidades que están fuera de la concepción binaria del género; vacíos de conocimiento en la academia y falta de capacitación en la vida laboral de los profesionales en salud, sobre atención con enfoque diferencial a la población LGBTI; anticipación al estigma por parte de las personas transgénero y actitudes discriminatorias del personal de salud como el no reconocimiento del nombre identitario de una persona transgénero, demoras injustificadas en la atención y lenguaje verbal y no verbal despectivo.

Finalmente, las situaciones de discriminación en contextos de salud se comprenden desde el no reconocimiento de la realidad del otro, es decir, por parte de las personas transgénero hacia los profesionales en salud y viceversa, pues se concluye que así como las personas transgénero

vivencian situaciones complejas a nivel social que afectan su bienestar emocional, de igual forma, el personal médico también se ve enfrentado a situaciones de estrés a razón de largas jornadas laborales que influyen en su salud física y mental, por tanto, ambas poblaciones viven realidades complejas que interfieren en la relación que se establece entre el médico y el paciente, siempre que no haya un reconocimiento de la realidad del otro.

Aportes, limitaciones y sugerencias

Aportes

El presente estudio contribuye de manera significativa al repertorio de investigaciones dirigidas a la población transgénero desde el área de la psicología, ya que a nivel regional hay poco reconocimiento de la población en contextos de salud, además, contar con la participación de los profesionales en salud y personas transgénero permitió hacer visible la relevancia de la epistemología socioconstruccionista, pues posibilitó la comprensión de diferentes subjetividades desde las experiencias narradas a través del ejercicio investigativo.

La presente investigación se relaciona con la línea de investigación de la Universidad Santo Tomás: Abordajes psicosociales en el ámbito regional, de manera que, se contribuye a una problemática actual y situada en una cultura heteronormativa, donde los imaginarios culturales tienen incidencia en la forma en que los individuos se relacionan en los diferentes escenarios de su vida, incluyendo los contextos de salud.

Se reconoce como aporte a la población, la visibilización de las comprensiones que realiza cada uno de los participantes de acuerdo a sus experiencias en torno a la atención en salud que se brinda a la población transgénero en Villavicencio. De igual forma, las participantes transgénero identificaron el escenario conversacional como un espacio de confianza, aprendizajes y reconocimiento para la población LGBTI, que dio lugar a la expresión de emociones y sentimientos. En lo que respecta a los profesionales en salud, emergieron narrativas alternas relacionadas con la importancia de brindar una atención en salud más humanizada a la población transgénero, ya que se reconocen unas necesidades propias de su identidad género.

Dicho lo anterior, se considera como aporte a las investigadoras la adquisición de una mirada más compleja de la problemática, desde las comprensiones de los diferentes actores quienes a partir de su experticia permitieron la emergencia de diferentes realidades que también interfieren en dicha problemática, asimismo, permite reconocer la importancia del quehacer del psicólogo desde una perspectiva holística.

Limitaciones

El acceso a la población transgénero para ejercicios de investigación académica es limitado, de manera que, es fundamental contar con el apoyo de un/a líder de la comunidad para que la investigación tenga credibilidad ante los participantes y de esta forma, acepten ser parte del proceso. Asimismo, la disponibilidad de tiempo de los profesionales en salud es limitada debido a los horarios laborales que manejan, lo cual dificulta concretar un horario que coincida entre participantes e investigadoras. A diferencia del escenario conversacional con las personas transgénero, con los profesionales en salud se realizó el ejercicio de aplicación en un espacio diferente a Cámara de Gesell, lo que generó interrupciones por las condiciones propias del entorno.

Sugerencias

Para la realización de futuras investigaciones relacionadas con la problemática abordada en el presente estudio, se sugiere en cuanto a la población, incluir profesionales de otras áreas de la salud como enfermeros y auxiliares de enfermería al igual que, hombres transgénero, para dar espacio a comprensiones desde otras subjetividades, también, se considera enriquecedor generar un encuentro de diálogo donde participen las dos poblaciones.

De acuerdo con los hallazgos de la investigación se sugieren próximos estudios dirigidos a identificar los conocimientos existentes sobre la población transgénero, tanto en la misma comunidad como en los profesionales en salud de la región de la Orinoquia, de igual modo, reconociendo la complejidad de la realidad de las dos poblaciones en términos de salud mental, surge un interés por indagar sobre el sistema de estrategias construidas y actualmente aplicadas en las instituciones de salud, en pro de garantizar de forma multidimensional la salud mental de sus integrantes y usuarios.

Finalmente, las participantes transgénero sugieren realizar un estudio sobre los motivos que llevan a una persona transgénero a desistir de su proceso de transición, pues es un fenómeno común dentro de la comunidad que tiene poca visibilidad.

Referencias

- American Psychological Association. (2011). *Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/lgbt/brochure-personas-trans.pdf>
- American Psychological Association. (2014). *Manual Estadístico de Diagnósticos de Trastornos Mentales DSM-5*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Antoniucci, M. (2016). *El acceso a la salud de las personas trans: el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://humadoc.mdp.edu.ar:8080/bitstream/handle/123456789/537/tesis%20de%20meli.pdf?sequence=1>
- Arango, M. (2017). *Prácticas de exclusión social y construcción identitaria de personas transgénero en contextos universitarios* (Tesis de maestría). Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7934/1/ArangoMauricio_2017_PracticasExclusionSocial.pdf
- Arias, A., & Alvarado, S. (2015). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *CES Psicología*, 8(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417010.pdf>
- Ausloos, G. (1998). *Las Capacidades de la Familia*. Barcelona: Herder. Primera parte.
- Baez, M., Camacho, C., Martinez, G. & Rojas, D. (2016). *“Yo sigo en mi lucha” Vivencias de la comunidad trans frente a la demanda y utilización de servicios de la salud* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21093/BaezEcheverriMayraStephanie2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrientos, J., Espinoza-Tapia, R., Meza, P., Saiz, J., Cárdenas, M., Guzmán-González, M., Gómez, F., Bahamondes, J. & Lovera, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia psicológica*, 37(3), 181-197. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300181>

- Borraz, M. (31 de enero de 2017). La OMS dejará de considerar la transexualidad un trastorno, pero pasará a llamarla "incongruencia de género" [Mensaje en un blog]. Recuperado de http://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-trastorno-condicion_0_607189929.html
- Braz, C. (2019). Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, (4)35. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110518>
- Bravo, G., Jurado, M. & Tejera, J. (2019). La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(2). Recuperado de <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/401/336>
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender* [versión electrónica]. Recuperado de https://selforganizedseminar.files.wordpress.com/2011/07/butler-undoing_gender.pdf
- Bustos, J. & Fonseca, J. (2016). *Proceso de inclusión y exclusión desde los significados de una mujer transgénero* (Tesis de grado) Universidad Santo Tomás, Bogotá. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3328/Fonsecajulye2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Cardona, J. (2016). La construcción de los derechos del grupo social transgénero. *Entramado*, 12(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265449670007>
- Cardozo, P., Sodré, F., Zamboni, J., Rodrigues, A. & Roseiro, M. (2018). O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 22(64). doi: 10.1590/1807-57622016.0712
- Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley del Sistema de Seguridad Social Integral. [Ley 100 de 1993]. Recuperado de <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/LEY-No-100-DEL-1993-CREA-EL-SISTEMA-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-INTEGRAL-Y-SE-DICTAN-OTRAS-DISPOSICIONES.pdf>
- Congreso de Colombia. (6 de septiembre de 2006). Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. [Ley 1090 de 2006]. Recuperado de <https://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>

- Congreso de Colombia. (3 de octubre de 2007). Ley del Talento Humano en Salud. [Ley 1164 de 2007]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Congreso de Colombia. (18 de octubre de 2012). Ley Estatutaria 1581 de 2012. [Ley 1581 de 2012]. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html
- Constitución Política de Colombia [Const.]. (7 de Julio de 1991). Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Cuchumbé, N. (2007). La dimensión interpretativa como horizonte epistemológico: el reconocimiento de la diferencia. *Praxis Filosófica*, (25). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-46882007000200006&lng=en&tlng=es
- Cyrułnik, B., (2001). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Editorial Gedisa, Barcelona
- De Lauretis, T. (2015). Género y teoría queer. *Mora*, (1). Recuperado de <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/mora/article/view/2402/2062>
- Defensoría del Pueblo. (2018a). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018b). *Trans-formando derechos, derechos de las personas transgénero en Colombia*. Recuperado de http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20Trans-Formando%20Derechos_compressed.pdf.
- Delgado, N. (2014). *Caracterización de las condiciones de vida de la comunidad Transgénero en el barrio Santafé, en la localidad de los mártires* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/14734/DelgadoNeiraNicolas2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Domínguez, C., Ramírez, S. & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3). <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>

- Edmiston, E., Donald, C., Sattler, A., Peebles, K., Ehrenfeld, J. & Eckstrandl, K. (2016). Opportunities and Gaps in Primary Care Preventative Health Services for Transgender Patients: A Systematic Review. *Transgender Health*, 1(1). doi:10.1089/trgh.2016.0019
- Evaluación sobre el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres - CEDAW. (2016). *Situación de los derechos humanos de las travestis y trans en la Argentina*. Recuperado de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25486_S.pdf
- Estupiñán, J. & González, O. (2015). *Narrativa conversacional, relatos de vida y tramas humanas*. Bogotá, Colombia: Ediciones USTA.
- Farji, A. (2019). Biociudadanías Trans: Demandas E Iniciativas Frente Al Sistema De Salud Argentino (2012-2015). *Athenea Digital*, 19(1). Recuperado de <https://doi-org.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/10.5565/rev/athenea.2204>
- Fonseca, A., León, M., Sierra, A. & Rojas, W. (2016). Disforia de género, presentación de un caso masculino a femenino (MTF) en el Hospital de San José. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(4). doi: 10.1016/j.reper.2016.11.008
- Garosi, E. (2012). “Hacer” lo trans. Estrategias y procesos de transición de género en Turín (Italia). *Cuicuilco*, 19(54). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/351/35126359009.pdf>
- García, J., De Castro, M., Arias, M., Llabrés, R., Lorenzo, N. & Perdomo, A. (2019). Atención sanitaria trans* competente, situación actual y retos futuros. Revisión de la literatura. *Enfermería global*, 18(4). Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/357621>
- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas*, 4(1), 159-171. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000100014
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/302871718_The_Social_Constructivist_Movement_in_Modern_Psychology

- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction* [versión electrónica]. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=y-gliu6Vx7kC&oi=fnd&pg=PP8&dq=An+Invitation+to+Social+Construction+Gergen&ots=RwnBQzdDII&sig=Kd_CfxwG13kPP6Tq1Wd18RDBX1k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Gil-Borelli, C., Velasco, C., Marti-Pastor, M. & Latasa, P. (2017). La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. *Gaceta Sanitaria* 32. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.004>
- Giménez, G. (2005). La discriminación desde la perspectiva del reconocimiento social. *Revista de investigación social* 1(1). Recuperado de <http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/bitstream/IIS/5259/1/03gimenez.pdf>
- González, G. & Henning, C. (2017). Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *El Milbank trimestral*, 95(4). Recuperado de https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2017/12/GONZALES_et_al_December_2017.pdf
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI. (2016). *Derecho a la Salud sin Discriminación*. Recuperado de <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2016/03/derecho-a-la-salud-sin-discriminacion.pdf>
- Jaffee, K., Shires, D. & Stroumsa, D. (2016). Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men. *Medical care*, 54(11). Recuperado de https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2016/11000/Discrimination_and_Delayed_Health_Care_Among.8.aspx
- Juzgado Primero Penal del Circuito de Popayán, Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional. (22 de agosto de 2013). Sentencia T-552-13. [MP. María Victoria Calle Correa].
- Kessler, S. & Mckenna, W. (1978). *Gender: an ethnomethodological approach*. [versión electrónica]. Recuperado de

- [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=As563HBuZcAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Kessler+\(1978\).+Gender:+an+ethnomethodological+approach&ots=Enqzsf66RO&sig=Jzdbg_5xaLyPF0UM-Yn4zWn9lZE#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=As563HBuZcAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Kessler+(1978).+Gender:+an+ethnomethodological+approach&ots=Enqzsf66RO&sig=Jzdbg_5xaLyPF0UM-Yn4zWn9lZE#v=onepage&q&f=false)
- Knight, K. & Ghoshal, N. (Enero de 2016). Rights in Transition, making legal recognition for transgender people a global priority [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.hrw.org/world-report/2016/rights-in-transition>
- Lasso, R. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000200009
- Lizcano, J. (2012). Investigación cualitativa de segundo orden y la comprensión de la realidad. *Universidad Santo Tomás*, (19). Recuperado de revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/download/747/1027
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo*, (8). Recuperado de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- Martos, A., Wilson, P. & Meyer, I. (2017). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health services in the United States: Origins, evolution, and contemporary landscape. *Plos ONE*, 12(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180544>
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. (2007). *¿Qué es la documentación narrativa de experiencias pedagógicas?* Colección de materiales pedagógicos. Recuperado de <https://cedoc.infed.edu.ar/upload/fasciculo2.pdf>
- Ministerio del Interior. (07 de mayo de 2018a). *Política Pública garantía de los derechos sectores sociales LGBTI*. [Decreto 762 de 2018]. Recuperado de https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/decreto_762_politica_publica_garantia_de_los_derechos_sectores_sociales_lgbti.pdf
- Ministerio del Interior. (19 de marzo de 2018b). *Por el derecho a la salud de las personas transgénero*. Semanario País Interior. Recuperado de <https://www.mininterior.gov.co/s>
- Ministerio de Salud. (2016). *Perfiles y Competencias Profesionales en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

- Molina, N., Guzmán, O. & Martínez, A. (2015). Identidades transgénero y transfobia en el contexto mexicano: Una aproximación narrativa. *Quaderns de Psicologia*, 17(3). <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1279>
- Monteiro, S. & Brigeiro, M. (2019). Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (4) <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista Médica de Chile*, 138, 1047-1054. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>
- Naciones Unidas. (2017). *Declaración Conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_es.pdf
- Nahir, M. (2013). La teoría queer y las narrativas progresistas de identidad. *Revista de Estudios de Género, La ventana*, 4(37). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88428978005>
- Nowaskie, D. & Sowinski, J. (2019). Primary care providers' attitudes, practices, and knowledge in treating LGBTQ communities. *Journal of Homosexuality*, 66(13). Recuperado de <https://www-scopus-com.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85054088924&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=transgender&nlo=&nlr=&nls=&sid=25fbccf16bf4682399e8c76768bc024e&sot=b&sdt=b&sl=26&s=TITLE-ABS-KEY%28transgender%29&relpos=21&citeCnt=2&searchTerm=>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Recuperado de <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>

- Ortiz-Acosta, R. & Beltrán-Jiménez, B. (2019). Habilidades clínicas, inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos pasantes de servicio social. *Investigación en educación médica*, 8(29), 76-84. <https://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.006>
- Ortiz-Ocaña, A. (2015). La concepción de Maturana acerca de la conducta y el lenguaje humano. *Revista CES Psicología*, 8(2), 182-199. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417011.pdf>
- Pava, N. (2015). Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: un aporte metodológico. *Interdisciplinaria, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 32(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18043528001>
- Prevert, A., Navarro, O. & Bogalska, M. (2012). La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000100002
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117117257002>
- Robles, R. & Ayuso, J. (2019). ICD-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2). Recuperado de <https://sci-hub.tw/10.1016/j.rpsmen.2019.01.002>
- Safer, J., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to Health Care for Transgender Individuals. *Opinión actual en endocrinología, diabetes y obesidad*, 23(2). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802845/>
- Santos, Boaventura de Sousa. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*, (79), 71-94. doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004
- Secretaría de Planeación de Bogotá. (2018). *Estudio sobre la identificación de barreras de acceso a la salud de hombres transgénero en el marco de la política pública LGBTI*. Recuperado de http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/estudio_sobre_la_identificacion_de_barreras_de

_acceso_a_la_salud_de_hombres_transgenero_en_el_marco_de_la_politica_publica_lgbt
i_0.pdf

- Shires, D., Stroumsa, D., Jaffee, K. & Woodford, M. (2018). Primary Care Clinicians' Willingness to Care for Transgender Patients. *Anales de Medicina Familiar*, 16(6). Recuperado de <http://www.annfammed.org/content/16/6/555.full.pdf+html>
- Snelgrove, J., Jasudavisius, A., Rowe, B., Head, E. & Bauer, G. (2012). "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": a qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC health services research*, 12(110). doi: 10.1186 / 1472-6963-12-110
- Sousa, D. & Iriart, J. (2018). "Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10) <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00036318>
- Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L. & Ramírez, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerenc Polít Salud*. 16 (32). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>
- Tribunal Superior de Bogotá, Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional. (20 de octubre del 2012). Sentencia T-876-12. [MP. Nilson Pinilla Pinilla].
- Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional. (7 de noviembre de 2013). Sentencia T-771-13. [MP. María Victoria Calle Correa].
- Zalazar, V., Aristegui, I., Cardozo, N., Sued, O., Rodríguez, A., Frola, C. & Pérez, H. (2018). Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores para el acceso a la salud de mujeres trans: desde la perspectiva de la comunidad. *Gilead Sciences* 26. Recuperado de https://infectologia.info/revista/98/factores-contextuales-sociales-e-individuales-como-barreras-y-facilitadores-para-el-acceso-a-la-salud-de-mujeres-trans-desde-la-perspectiva-de-la-comunidad/ites/default/files/semanario_ed._73.pdf

Anexos

Anexo 1. *Protocolo de Aplicación con Población Transgénero*

**Presentación- firma
de consentimiento.**

Buenas tardes nuestros nombres son Nataly Ariza, Yina Tilaguy y Natalia Trujillo, somos estudiantes de décimo semestre de psicología de la Universidad Santo Tomás, les agradecemos que hayan querido participar en este ejercicio, esperamos que se sientan cómodos y que este espacio sea enriquecedor, para darle continuidad al ejercicio daremos paso a la lectura y firma de consentimientos informados.

Cada escena tiene un nombre metafórico, el cual, simboliza cada momento del proceso que vamos a realizar, antes de iniciar cada escena les explicaremos el sentido de cada una.

Antes de iniciar es importante mencionar que no se pueden ingresar alimentos a la sala, que durante el ejercicio no se interrumpa a quien esté hablando, respetar la opinión del otro y dejar nuestros celulares en silencio.

**Guión de la primera
escena “un viaje por
mi historia”.**

La primera escena tiene como nombre “un viaje por mi historia” pues las experiencias dan sentido a nuestra historia de vida y hoy vamos a generar un espacio en el que nos puedan compartir una de ellas.

Para dar inicio a esta escena mi compañera va a estar del otro del espejo observando y tomando nota de aspectos relevantes que surjan en lo conversado.

Anexo 1. (Continuación)

	<p>Pregunta orientadora</p> <p>Para iniciar nos gustaría que de forma breve nos cuenten ¿Con qué nombre se identifican? ¿Cómo se identifican? y ¿A qué se dedican?</p> <p>¿En qué ocasiones han necesitado acceder al servicio de salud en Villavicencio?</p> <p>Antes, durante y después de su proceso de transición ¿Han acudido a alguna institución de salud en Villavicencio?</p> <p>¿Qué piensan acerca de los servicios que presta el Sistema de Salud a la población transgénero?</p> <p>¿Cómo ha sido la relación con los profesionales que los han atendido?</p> <p>¿Cómo observan la situación de la población transgénero, al momento de acceder a servicios de salud en Villavicencio?</p>
<p>Guion de la segunda escena “el otro lado del viaje”.</p>	<p>La segunda escena tiene como nombre “el otro lado del viaje” porque ustedes podrán identificar nuestras comprensiones acerca de los que ustedes nos compartieron.</p> <p>Para lograr esta comprensión cambiaremos de rol, junto con nuestra compañera estaremos de este lado del espejo conversando acerca del ejercicio anterior y de las observaciones que ella realizó, mientras ustedes pasarán a ser observadores donde podrán realizar reflexiones al respecto que se tendrán en cuenta en la siguiente escena</p>
<p>Guion de tercera escena “regreso a casa”.</p>	<p>La tercera y última escena tiene como nombre “regreso a casa” donde todos compartimos el mismo espacio (participantes e investigadores) y conversaremos sobre las comprensiones que hemos construido hasta el momento, para dar paso a las conclusiones y así finalizar el proceso.</p> <p>Preguntas orientadoras</p> <p>¿A qué conclusiones llegaron con el ejercicio realizado?</p>

Anexo 1. *(Continuación)*

¿Qué se llevan del encuentro?

Nota: Se plantean preguntas orientadoras para el proceso de aplicación del escenario conversacional con las personas transgénero, el cual, se realiza en la Cámara de Gesell de la Universidad Santo Tomás (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).

Anexo 2. *Protocolo de Aplicación con Profesionales en Salud*

**Presentación y firma
de consentimiento.**

Buenas tardes nuestros nombres son Nataly Ariza, Yina Tilaguy y Natalia Trujillo, somos estudiantes de décimo semestre de psicología de la Universidad Santo Tomás, les agradecemos que hayan querido participar en este ejercicio, esperamos que se sientan cómodos y que este espacio sea enriquecedor, para darle continuidad al ejercicio daremos paso a la lectura y firma de consentimientos informados.

Cada escena tiene un nombre metafórico, el cual, simboliza cada momento del proceso que vamos a realizar, antes de iniciar cada escena les explicaremos el sentido de cada una.

Antes de iniciar es importante mencionar que no se pueden ingresar alimentos a la sala, que durante el ejercicio no se interrumpa a quien esté hablando, respetar la opinión del otro y dejar nuestros celulares en silencio.

**Guion de la primera
escena “un viaje por
mi historia”.**

La primera escena tiene como nombre “un viaje por mi historia” pues las experiencias dan sentido a nuestra historia de vida y hoy vamos a generar un espacio en el que nos puedan compartir una de ellas.

Anexo 2. (Continuación)

	<p>Para dar inicio a esta escena mi compañera va a estar fuera de la conversación observando y tomando nota de aspectos relevantes que surjan en lo conversado.</p> <p>Preguntas orientadora</p> <p>Para iniciar nos gustaría que de forma breve nos cuenten ¿cuáles son sus nombres? y ¿a qué se dedican?</p> <p>¿En qué piensan cuando escuchan la palabra transgénero?</p> <p>¿Cómo fue la experiencia de atención a una persona transgénero?</p> <p>¿Qué piensan acerca de los servicios que presta el Sistema de Salud a la población transgénero?</p>
Guion de la segunda escena “el otro lado del viaje”.	<p>La segunda escena tiene como nombre “el otro lado del viaje” porque ustedes podrán identificar nuestras comprensiones acerca de los que ustedes nos compartieron.</p> <p>Para lograr esta comprensión cambiaremos de rol, junto con nuestra compañera estaremos conversando acerca del ejercicio anterior y de las observaciones que ella realizó, mientras ustedes pasarán a ser observadores donde podrán realizar reflexiones al respecto que se tendrán en cuenta en la siguiente escena.</p>
Guion de tercera escena “regreso a casa”.	<p>La tercera y última escena tiene como nombre “regreso a casa” donde todos compartimos el mismo espacio (participantes e investigadores) y conversaremos sobre las comprensiones que hemos construido hasta el momento, para dar paso a las conclusiones y así finalizar el proceso.</p> <p>Preguntas orientadoras</p> <p>¿A qué conclusiones llegaron con el ejercicio realizado?</p> <p>¿Qué se llevan del encuentro?</p>

Nota: Se plantean preguntas orientadoras para el proceso de aplicación del escenario conversacional con los profesionales en salud, el cual, se realiza en un espacio ajeno a la Universidad Santo Tomás (Yesica Ariza; Yina Tilaguy. & Natalia Trujillo, 2020).