

**ACTITUDES DE ESTUDIANTES DE LA SALUD Y CIENCIAS SOCIALES EN  
ATENCIÓN CLÍNICA A PERSONAS TRANS**

**Luisa María Cubides Madroñero**

**Leydi Lorena Hoyos Chalarca**

**Isabella Peña Buitrago**

**Pontificia Universidad Javeriana Cali  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología**

**2020**

**ACTITUDES DE ESTUDIANTES DE LA SALUD Y CIENCIAS SOCIALES EN  
ATENCIÓN CLÍNICA A PERSONAS TRANS**

**Luisa María Cubides Madroñero**

**Leydi Lorena Hoyos Chalarca**

**Isabella Peña Buitrago**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Psicóloga**

**Directora de trabajo de grado**

**Paula Andrea Hoyos Hernández**

**Pontificia Universidad Javeriana Cali  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología**

**2020**

## **NORMATIVA**

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se ve en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

## NOTA DE ACEPTACIÓN

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Paula Andrea Hoyos Hernández  
Directora del Trabajo de Grado

---

Linda Teresa Orcasita  
Jurada

---

Diego Emiro Correa Sánchez  
Jurado

Santiago de Cali, 2020

## **DEDICATORIA**

Este estudio se hizo pensando en las personas trans y en las dificultades que pueden tener al acceder al sistema de salud colombiano. Por eso, en definitiva, este trabajo está dedicado a todas las personas trans que no se han sentido visibles o tenidas en cuenta en dicho sistema; a todas las personas trans que no han tenido un trato justo, humano y/o empático durante la atención clínica; a todas las personas trans que deciden no acudir a su entidad de salud por temor a ser juzgadas.

Este estudio se hizo pensando también en los, las y les profesionales de la salud que se están formando para dar una atención clínica transegura y de alta calidad; en aquellos/as/es que se interesan por continuar actualizándose profesionalmente y en atender desde la comprensión, la empatía y la equidad.

Esto es por y para ustedes.

## **AGRADECIMIENTOS**

Como todo/a/e profesional en formación, contamos con la colaboración de diversos/as/es docentes que permitieron que este estudio pudiera darse de la mejor manera. Por eso, agradecemos a nuestra directora de trabajo de grado, Paula Andrea Hoyos, por guiarnos y ayudarnos a construir este trabajo; por aclarar y despejar el camino cuando nos sentíamos bloqueadas para escribir; por la paciencia y el tiempo invertidos para explicarnos y, cómo no, por responder nuestros mensajes uno que otro domingo.

Agradecemos a Linda Teresa Orcasita y Diego Emiro Correa por sus sugerencias, comentarios y, sobretodo, por tener compasión al retroalimentar cada fase de nuestro trabajo. También agradecemos a los/las/les docentes que nos apoyaron difundiendo nuestro instrumento e información para diligenciarlo, y a los/las/les estudiantes que lo respondieron. No habríamos logrado obtener esta muestra y estos resultados de no ser por ustedes.

Finalmente, agradecemos a Paola Saavedra por ayudarnos con genuino interés a generar los resultados en el aplicativo digital de estadística y por explicarnos paciente y dedicadamente cada paso de ese proceso. En definitiva, tampoco habríamos podido lograr terminar este trabajo sin ti.

Gracias a todos/as/es ustedes.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	20
<b>Tipo de estudio</b>	20
<b>Participantes</b>	20
<b>Variables de investigación</b>	21
<b>Instrumentos</b>	23
<b>Análisis de los resultados</b>	25
<b>Procedimiento</b>	25
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	40
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Variables de investigación.	22
<b>Tabla 2.</b> Resumen de variables sociodemográficas.	30
<b>Tabla 3.</b> Correlación de Edad y Atención Clínica.	33
<b>Tabla 4.</b> Variables Distancia Social y Disposición.	34
<b>Tabla 5.</b> Variables correlacionadas.	37

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Variable Actitudes. 36
- Figura 2.** Atención Clínica y Distancia, Disposición y Actitud hacia la comunidad trans. 37

## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo 1.** Instrumento.

**Anexo 2.** Validación de los jueces.

**Anexo 3.** Modificaciones de ítems.

**Anexo 4.** Consentimiento informado.

**Anexo 5.** Esquema informativo.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal comparar las actitudes, la disposición y la distancia social en la atención clínica a personas trans por parte de estudiantes universitarios de Colombia. Esto se hizo a través de un cuestionario de aplicación virtual que fue construido por ítems pertenecientes a tres escalas ya construidas; de estas, dos fueron diseñadas por Esteban et al. (2020) y una por Rodríguez-Madera et al. (2017). Se obtuvo una muestra de 185 estudiantes universitarios de las facultades de salud y ciencias sociales de Colombia. Ante esto, se encontró que la gran mayoría de los y las participantes no presentan prejuicios altos o disposición hacia la población trans; la distancia social alta está presente en los y las participantes y las disposiciones y la distancia social se relacionan con la edad teniendo en cuenta que las personas mayores a 30 años presentaron menores niveles de prejuicios y disposición. Finalmente, se concluye que las actitudes variarán según factores, como la presión social y la intención de cambiar ese comportamiento; en cuanto a las disposiciones y distancia social, se deben tener en cuenta el contexto social del/la profesional y las herramientas que usa para adquirir conocimientos en temas de diversidad sexual y de género y, por último, se obtuvo que la distancia social está relacionada a factores externos, como la norma social, y a factores internos, como las creencias religiosas.

**Palabras clave:** actitudes, disposición, distancia social, estudiantes, personas trans, atención clínica.

## INTRODUCCIÓN

La atención en salud en el contexto colombiano ha tenido un gran desafío a lo largo de los años: el acceso a los servicios médicos (Vargas et al., 2010). A pesar del avance logrado en la cobertura en salud, que pasó del 56,9% al 90,8% entre los años 1997 y 2012 (Ayala, 2014), no se ha logrado que la población tenga facilidad en el acceso a estos servicios. En esta misma línea, según el estudio realizado por Tovar et al. (2018) en el que se hizo un análisis de los determinantes sociales de la salud por medio de los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en el 2015, se encontró que las variables de incremento de edad, no tener educación, ser mujer, ser afrodescendiente, estar desempleado, vivir en la región pacífica y en la zona rural son factores claves que influyen a la hora de poder acceder y tener un servicio de salud de calidad.

Respecto al determinante de ser mujer, en la que se evidencia la desigualdad de género, debido a que la sociedad colombiana está marcada por un modelo patriarcal, en el que a la mujer se le ha restringido en diversos aspectos (como la educación y el trabajo), también se le ha deformado la construcción de su sexualidad y, por ende, del género en su totalidad (Breilh, 1999). En cuanto a la determinante de vivir en la región pacífica y en la zona rural, resulta clave, pues los centros médicos se encuentran ubicados, principalmente, en la zona urbana y en las ciudades más desarrolladas, lo cual afecta enormemente a esta población. Asimismo, la organización administrativa de los centros médicos influye a la hora de poder acceder al servicio de salud, puesto que, en ocasiones, hay que hacer trámites excesivos para ello y, cuando se logra la atención, esta es valorada como deficiente (Ayala, 2014).

De acuerdo con esto, se observa que, para tener una equidad en salud, se debe tener una mirada multidimensional, pues son diferentes aspectos que influyen en la misma, desde los sociales hasta los procesos administrativos, que abarcan la prestación de atención médica

(Sen, 2002). Por tanto, se evidencia que, a pesar de la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud que tiene como propósito “garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005, p.17), la población colombiana en general presenta dificultades a la hora de acceder a los servicios médicos.

Ahora bien, es importante mencionar que el sistema de salud colombiano tiene en cuenta que, las personas tienen características y necesidades particulares según su momento de vida, sexo, género, capacidad funcional (ciegos, sordos, limitaciones motoras o intelectuales), entre otros, que requieren una adecuación de los servicios de salud para su caso en particular. Para solucionar esta problemática, el gobierno ha tratado de implementar un enfoque diferencial para las poblaciones mencionadas, el cual está estipulado en el tercer artículo de la Ley 1438 de 2011, en el que se manifiesta que el principio de este enfoque es:

Reconocer que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de situaciones de discriminación y marginación (Congreso de la República de Colombia, 2011, p.2).

De acuerdo con esto, se evidencia un gran avance en el reconocimiento de las poblaciones vulnerables de las que se tiene en cuenta sus respectivas necesidades en los distintos ámbitos de la vida social. No obstante, el hecho de que se haya estipulado este enfoque diferencial, no garantiza una inmediatez en la calidad de los servicios prestados. Particularmente, existen poblaciones para las que recientemente se publicaron los lineamientos para su atención médica, específicamente, la población trans.

Lo anterior quiere decir que, durante años anteriores, los servicios de salud prestados no tuvieron los lineamientos pertinentes, posiblemente, generando malestar general e insatisfacción con los servicios recibidos por parte de la población trans. Dicha población siente inconformidad, sensación de no encajar y/o no sentirse identificado con el sexo de nacimiento (Asociación Americana de Psicología [APA], 2011; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Por tanto, sienten que las normas sociales relacionadas al sexo no se asocian con su identidad de género. Ante lo anterior cabe decir que dentro de la categoría *trans* existen diferentes formas de ser y construirse, debido a que las identidades y expresiones de género, sin excepción, son dinámicas, diversas y multideterminadas (Hoyos y Concha, 2020).

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación se enmarca en el abordaje en las personas transgénero y transexuales, considerando las diferencias centrales entre estas. En este sentido, ambas identidades hacen referencia a la sensación y concepción con el género opuesto al asignado por su sexo biológico y, a menudo, alteran o desean alterar sus cuerpos a través de procedimientos quirúrgicos y otros medios para lograr coincidir corporalmente con sus identidades. Sin embargo, solo las personas transexuales rechazan sus órganos sexuales, ya sean internos o externos (más evidente hacia los externos), por lo que hay un deseo de realización y/o de cirugía de reafirmación de sexo (APA, 2011; Hoyos y Concha, 2020).

En este sentido, las personas trans hacen parte de la población vulnerable dado que su identidad de género no hace parte de la normatividad que se ha instaurado, producto de modelos hegemónicos patriarcales (Hoyos y Valderrama, 2020). Esto ha ocasionado que las personas trans sean víctimas de discriminación, debido a los estigmas y prejuicios, que resultan en actos de violencia psicológica, simbólica y, en muchos casos, física que puede llevar a la muerte. De hecho, según el Informe Anual del Observatorio de Personas Trans Asesinadas (TMM) realizado por el proyecto Transrespeto versus Transfobia en el mundo [TvT] (2018), se han reportado 2982 personas trans y género-diversas asesinadas en 72 países entre el primero de enero de 2008 y el 30 de septiembre de 2018. Además, en el 2018, en Colombia hubo 109 personas LGTB (lesbianas, gays, trans y bisexuales) asesinadas y 36 de ellas fueron personas transgénero (Informe de Derechos Humanos en Colombia, 2018). Adicionalmente, en el 2016 se encontró que el 39% de los homicidios de personas LGTB estuvieron motivados por prejuicios hacia la orientación sexual o identidad de género de las víctimas (Sentiido, 2016), lo que demuestra que viven en peligro constante, sin mencionar las amenazas que reciben día a día.

Ahora bien, en cuanto al ámbito de la salud, las personas trans presentan diversas barreras a nivel de la atención, especialmente, por parte de los profesionales de esta área. Lo anterior, principalmente, por el desconocimiento de las necesidades particulares de las comunidades diversas en género y orientación sexual. Esto debido a que, de acuerdo a su identidad de género, la gran mayoría de personas quiere sentirse acorde a esta y decide realizarse transformaciones corporales, las cuales se autorizan si, primero, son diagnosticadas con disforia de género (un trastorno de identidad) a partir de los manuales de clasificación de padecimientos médicos (CIE 10 o CIE 11) y psicológicos (DSM V). De acuerdo con esto, el Fondo de Poblaciones Unidas [UNFPA] (2019) realizó un grupo focal con personas trans para identificar las barreras que presentan a la hora de acceder a los servicios de salud. Una mujer trans de dicho grupo menciona que:

Otra cosa importante que tampoco se ha mencionado es la violencia psiquiátrica y patologización que tenemos las personas trans. Es decir, yo voy a mi EPS saco mi certificado de disforia de género, y cada vez que tengo que realizarme un procedimiento que es distinto a mi IPS primaria o cuando no se renuevan los convenios de la especialidad de psiquiatría con los otros centros de salud tengo que, obligatoriamente, volver a expedirlo (UNFPA, 2019, p.23).

Otra barrera en la atención de los profesionales de la salud es la poca sensibilización y poco conocimiento sobre los tratamientos que deben llevar a cabo para las transformaciones corporales, lo que pone en peligro la vida de las personas trans debido a que optan por la automedicación sin tener conocimiento adecuado sobre las implicaciones (Estrada y García, 2010). Otra de las mujeres participantes del grupo focal mencionado anteriormente manifiesta que:

El no contar con guías de atención o no tener carácter de obligatorio cumplimiento, o sea uno llega y nosotras mismas tenemos que decirle a los médicos por donde empieza nuestra ruta porque estamos muy empoderadas, aprendimos a revisar en el Plan Obligatorio de Salud, a pelear y a decir por aquí se sigue (UNFPA, 2019, p.23).

A lo anterior se suman los canales de la plataforma digital YouTube en Colombia: La Pulla, Las Igualadas y La Disidencia, los cuales están vinculados a los programas Colombia Diversa, Dejusticia y Sentiido y son patrocinados por El Espectador, un periódico colombiano. Estos canales son dirigidos por personas diversas en género y orientación sexual y se dedican a temas en los que se ve implicada la población trans, como el servicio de atención en salud; sobre esto, convergen en dos importantes puntos: primero, el acompañamiento de los profesionales de la salud no tiene en cuenta el enfoque de género y, segundo, la preparación profesional en atención a personas trans es deficiente (González, 2020a; González, 2020b; González y Novoa, 2019; La Perra Roja, 2019; Losada, 2017; Mendoza, 2019; Rueda, 2019).

En este orden de ideas, las/os invitadas/os y voceras/os de los canales, desde su experiencia de vida trans, consideran que los sistemas de salud cuentan con una perspectiva cisgénero y binaria desde la que no se les reconoce su identidad de género, por lo que un enfoque diferencial es indispensable. Por eso mismo, muchas veces se niega su atención, tanto en referencia al proceso de transición, como en casos específicos, como interrumpir voluntariamente un embarazo. Lo anterior se evidencia en las tres dimensiones de la salud: psicológica, física y social (González, 2020a; González, 2020b; González y Novoa, 2019; La Perra Roja, 2019; Losada, 2017; Mendoza, 2019).

En la dimensión psicológica de la salud, las/os voceras/os e invitadas/os expresan que el sistema de salud debería proveerles seguimiento psicológico que cuide genuinamente el proceso de transición sin psicopatologizar. Asimismo, en la dimensión física (como las intervenciones quirúrgicas, hormonas, etc.), las/os voceras/os e invitadas/os consideran que también debe haber un acompañamiento médico informativo en el que los profesionales de la salud expliquen las implicaciones y efectos de dichas intervenciones corporales. Finalmente, en la dimensión social repercuten las dos dimensiones anteriores, teniendo en cuenta la falta de empatía de algunos profesionales de la salud a la hora de atender (González, 2020a; González y Novoa, 2019; Mendoza, 2019).

Ahora bien, debido a la dificultad en el acceso de esas tres dimensiones de la salud y la falta de información de los profesionales de la salud en la atención a la población trans, las/os invitadas/os y voceros/as de estos canales refieren que debe hacerse un cambio grande en el sistema de salud; cambio que debe partir desde la educación de los futuros profesionales de los programas de la salud (como Psicología, Medicina, Trabajo Social, entre otros), en los que se tengan en cuenta las tres dimensiones mencionadas anteriormente. Esto desde el respeto, la empatía y la información, que debe proporcionárseles a los profesionales desde sus estudios universitarios (Lozada, 2017; González y Novoa, 2019; Rueda, 2019).

Hay que mencionar, además, que todas las barreras que presentan las personas trans afectan negativamente en su salud psicológica; esto lo demuestra una investigación realizada en Chile con población trans que encontró que el 50% de los participantes indicó haber intentado quitarse la vida. Asimismo, el 87,5 % manifestó haber sufrido de depresión (Berredo, 2011). De igual modo, en una investigación realizada a 28 mujeres trans de Colombia, se encontró que todas las participantes presentaban síntomas de ansiedad, depresión y consumo de sustancias psicoactivas debido a la estigmatización, violencia y patologización que viven día a día (Ritterbusch et al., 2018). Además, en el Informe Por la Salud de las Personas Trans (OPS, 2013) se observó que la experiencia de las personas trans a permanecer en aislamiento puede ser una gran causa de la ansiedad y depresión. Adicionalmente, se evidencia el miedo a no encontrar pareja. Por tanto, todos estos factores afectan la autoestima de las personas, factor clave que influye en su bienestar.

No obstante, respecto a Latinoamérica, se evidencia que algunos países han desarrollado protocolos para que esta población tenga una atención integral. Tal es el caso del *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual* y *guías de atención específicas* que realizó la Secretaría de Salud de México (2017). Asimismo, en

Argentina, el Ministerio de Salud (2017) realizó la *Guía de atención de la salud integral de personas trans: Guía para equipos de salud*.

Por su parte, en lo que respecta a Colombia, existen políticas públicas que velan por los derechos de las personas trans, como la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014). Esta tiene como propósito “orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p.56). Además, existe una guía de atención titulada *Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para las personas LGBTI* del UNFPA (2019), que tiene como fin orientar a los profesionales de la salud en la atención a dicha población para garantizar el derecho integral a la salud de estas personas. Cabe agregar que, recientemente, Profamilia y Estado del Reino de los Países Bajos (2019) realizó un informe investigativo dirigido a las personas trans llamado “¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans?”.

Ahora, si bien esta población es tenida en cuenta en el enfoque diferencial nacional que se enfoca en el ámbito social y de reparación de víctimas del conflicto armado, no se especifica lo mismo para el ámbito de la salud. Sin embargo, se encontró que la Red de Salud del Oriente de Cali (2015) propone una atención en salud con enfoque diferencial y, específicamente, en el apartado de *Género y Orientación Sexual* resalta que:

La equidad de género en salud significa, asegurar que las mujeres, los hombres y las personas LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales), tengan las mismas oportunidades para gozar de buena salud de acuerdo con sus necesidades y condiciones de vida sin señalamientos de ninguna clase (párr. 4).

Igualmente, el UNFPA, en octubre del 2019, publicó de manera nacional los primeros lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para personas LGBTI. Esta publicación resulta relevante para la presente investigación puesto que dentro de estos lineamientos se encuentran estipulados las pautas o direccionamientos que se deben tener en cuenta a la hora de brindar atención en salud a las personas trans dependiendo del servicio solicitado; todo esto transversal a la argumentación y sustentación de la creación de estos lineamientos para las personas LGBTI en general (UNFPA, 2019).

Teniendo en cuenta la problemática descrita, se hizo una revisión literaria en la que resaltaron aspectos comunes relevantes para la presente investigación. Primero, las

consideraciones de los profesionales de la salud en atención a las personas LGBT; segundo, la formación de profesionales y estudiantes en salud en diversidad sexual; tercero, las barreras de atención médica en pacientes trans; cuarto, la percepción negativa de los profesionales en salud hacia la población LGBT y, quinto, los estudios que se han hecho con población trans en Colombia.

En este orden de ideas, los profesionales en salud (como médicos/as generales y especialistas, cirujanos/nas, psicólogos/as y trabajadores/as sociales) si bien reconocen la falta de capacitación clínica en atención a la población LGBT y poca formación que se les da acerca de la diversidad sexual, hay algunos que están abiertos a aprender sobre su correcta atención, teniendo en cuenta las necesidades y particularidades de la población; independiente de sus valores y principios personales enmarcados en posturas heteronormativas. No obstante, otros profesionales presentan prejuicios y actos discriminatorios hacia esta población (Antoniucci, 2016; Builes et al., 2017; Chisolm et al., 2018; Farji, 2018; Francia-Martínez et al., 2017; Palma y Orcasita, 2019; Vance et al., 2015; Vizcaíno et al., 2019; Zaldúa et al., 2015; Zapata et al., 2019).

De hecho, los estudiantes de la Facultad de Salud de Maracay, Venezuela, cuentan con programas que no permiten formar un profesional que responda a las necesidades de atención de esta población. Sin embargo, los docentes están de acuerdo con que se debería ampliar el conocimiento que se brinda en el pènsum académico sobre esta población específica. De este modo, se les capacitaría para garantizar una atención médica trans segura y de alta calidad una vez se gradúen. Asimismo, una investigación realizada a 399 médicos de emergencia sobre la atención a personas trans, se encontró que el 88 % de estos había atendido a la población trans y el 82,5 % no había recibido una formación formal sobre la atención a esta (Chisolm et al., 2018). Cabe resaltar que la falta de formación sobre la diversidad sexual se debe, en algunos casos, a la presencia de valores y principios de índole religioso en pro a la formación heteronormativa (Godoy et al., 2013; Villasana et al., 2013).

Igualmente, los 79 estudiantes de Enfermería de Nueva York, Estados Unidos, que participaron en el estudio de Parkhill et al. (2014) reconocen que la capacitación actual acerca de la atención médica a la población trans es limitada y de baja calidad. Contrario a estos estudios, la investigación realizada por Ramos et al. (2018) con 22 estudiantes de Medicina de una universidad de Puerto Rico, arroja un poco de luz sobre qué hacer con esta problemática, puesto que desarrollaron una intervención piloto para reducir el estigma y aumentar los conocimientos sobre las necesidades de las mujeres trans. Si bien sus resultados no fueron estadísticamente significativos, en cuanto a la disminución del estigma hacia esta

población, se evidenció una mejora en el nivel de conocimiento de los/las participantes y en la intención de ofrecer servicios de salud a personas transgénero.

Asimismo, en el estudio de Francia-Martínez et al. (2017), que se centró en examinar las actitudes, conocimientos y distancia social de 233 psicólogos/as y estudiantes graduados/as de Puerto Rico hacia la población trans. Ante esto se encontró que el 85,1 % de los/las participantes presentan un prejuicio bajo hacia la población y casi la mitad indicó que tendrían amistades con una persona trans, pero que no vivirían bajo el mismo techo. Lo anterior evidenció que los profesionales tenían una mayor aceptación hacia las personas trans mientras se tratara de una relación con un psicoterapeuta-cliente que con una relación mucho más cercana en la que se identificaran ciertos niveles de estigmatización y prejuicios.

Por otro lado, en cuanto a las barreras de atención médica a pacientes trans, las diferentes investigaciones coincidieron en que la falta de comprensión de las necesidades específicas de salud acerca de la transición de sexo; la omisión de la diversidad sexual en la profesionalización en salud; la lectura patológica y determinante de las identidades trans en el DSM-IV y CIE-10; la poca promoción de servicios preventivos de los servicios médicos y la estigmatización acerca de portar y transmitir enfermedades e infecciones como VIH y Sida son las barreras que más prevalecen en la atención médica de esta población y que empuja a muchas/os a la clandestinidad y automedicación (Aylagas-Crespillo et al., 2017; Campo et al., 2014; Chárriez y Seda, 2015; Domínguez et al., 2018; Estrada y García, 2010; Fajardo, 2017; Gleason et al., 2016; Mejía y Benavides, 2008; Lasso, 2014; Padilla et al., 2016; Palma y Orcasita, 2019; Profamilia, 2019; Ritterbusch et al., 2018; Roberts y Fantz, 2014; Snelgrove et al., 2012).

Es por lo anterior que resulta pertinente mencionar la percepción predominantemente negativa de los profesionales en salud hacia la población LGBT que se dilucida en distintos artículos. Algunos profesionales de la salud, y hasta el personal administrativo, presentan prejuicios, estigmatización y actos discriminatorios que, algunas veces, son de carácter religioso y que tienden a la heteronormatividad. A lo anterior podría llamarse transfobia, discriminación que debe ser eliminada, según diversos autores (Albuquerque et al., 2016; Aylagas-Crespillo et al., 2017; Campo et al., 2014; Fajardo, 2017; Francia-Martínez et al., 2017; Marques et al., 2015; Profamilia, 2019; Villasana et al., 2013; Zaldúa et al., 2015).

Adentrándose en los estudios realizados en Colombia con población trans, se encontraron diversas investigaciones que proponen recomendaciones tanto metodológicas para futuras investigaciones, como médicas en cuanto a la atención en salud de esta población. En cuanto a las metodológicas, los autores plantean que realizar estudios de

diferentes diseños alrededor de las nuevas construcciones acerca de las orientaciones sexuales e identidades de género resultaría socialmente pertinente. Respecto a las médicas, se recomienda tener mejores elementos de capacitación y acercamiento a las necesidades específicas de las personas trans con una orientación ética, en resistencia a las intervenciones intuitivas que han recibido en los espacios de salud. Además, se recomienda ajustar e incluir las nuevas tecnologías en los servicios de salud (Campo et al., 2014; Domínguez et al., 2018; Lasso, 2014; Mejía y Benavides, 2008; Sacsa, 2019; Profamilia, 2019).

Ahora bien, aunque se halló literatura relevante y pertinente para abordar el tema, se detectaron ciertas dificultades a la hora de encontrar investigaciones que acogieran las variables a desarrollar en la presente investigación a nivel metodológico y práctico. Entonces, en cuanto a lo práctico, se tiene que los resultados obtenidos en numerosas investigaciones con muestras de la población LGBTI y profesionales de la salud, son negativos. Por un lado, la población LGBTI percibe actitudes negativas o desfavorables en la atención en salud que reciben, en las que predominan barreras de acceso a la atención en salud (Albuquerque et al., 2016; Antonucci, 2016; Campo et al., 2014; Chárriez y Seda, 2015; Domínguez et al., 2018; Fajardo, 2017; Lasso, 2014; Mejía y Benavides, 2008; Marques et al., 2015; Padilla et al., 2016; Profamilia, 2019; Ritterbusch et al., 2018).

Por su parte, en lo que respecta a los profesionales de la salud, todos concuerdan en que durante la formación profesional no hay contenidos que los capaciten en la atención a esta población. En este sentido, cabe mencionar que son escasas las investigaciones que tengan el objetivo de evidenciar las dificultades que existen en la atención en salud de esta población. Y, a pesar de que muchos de los resultados de estos estudios apuntan a la falta de formación de los profesionales de la salud en este ámbito, no hay suficientes estudios sobre esta problemática, es decir, la formación de dichos profesionales (Albuquerque et al., 2016; Builes et al., 2017; Chislom et al., 2018; Godoy et al., 2013; Farji, 2018; Francia-Martínez et al., 2017; Parkhill et al., 2014; Sacsa, 2019; Snelgrove et al., 2012; Ramos et al., 2018; Vance et al., 2015; Villasana et al., 2013; Vizcaíno et al., 2019; Zapata et al., 2019; Zaldúa et al., 2015).

En cuanto a la metodología, la mayoría de los artículos encontrados abordan la temática desde una mirada principalmente cualitativa, haciendo uso de las entrevistas y grupos focales, siendo minoritarios los estudios de tipo cuantitativo (Antonucci, 2016; Builes et al., 2017; Bustamante y Garrido, 2019; Campo et al., 2014; Lasso, 2014; Farji, 2018; Fajardo, 2017; Marques et al., 2015; Mejía y Benavides, 2008; Padilla et al., 2016; Parkhill et al., 2014; Profamilia, 2019; Snelgrove et al., 2012; Ritterbusch et al., 2018; Zaldúa et al.,

2015).

Por otro lado, los estudios existentes en Latinoamérica se ubican, en general, en países diferentes a Colombia, como Venezuela (Godoy et al., 2013; Villasana et al., 2013) y Argentina (Antoniucci, 2016; Farji, 2018; Zaldúa et al., 2015) y, del continente norteamericano, como Estados Unidos (Chislom et al., 2018; Gleason et al., 2016; Parkhill et al., 2014; Robert y Fanz, 2014; Vance et al., 2015). En cuanto a los artículos encontrados a nivel nacional, se evidenciaron pocos estudios y, en su mayoría, ubicados en la ciudad de Bogotá (Mejía y Benavides, 2008; Campo et al., 2014; Lasso, 2014). No obstante, el estudio hecho por Profamilia (2019) se realizó en diferentes ciudades además de Bogotá: Barranquilla, Cali y Medellín.

Ahora, a nivel local, en la ciudad de Santiago de Cali existe un solo estudio en el que se buscó describir y analizar el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos, de atención específica y asociados al gasto de bolsillo en mujeres transgénero (Domínguez et al., 2018). Sin embargo, no hay investigaciones orientadas a revisar si el contenido que se imparte en las clases de las carreras de la Facultad de Salud es lo suficientemente amplio para la posterior atención en salud de personas trans. No obstante, cabe resaltar que solo las investigaciones realizadas en Maracay, Venezuela por Godoy et al. (2013) y Villasana et al. (2013) cuentan con muestras de profesores y estudiantes universitarios en las que se les pregunta sobre el contenido de la formación profesional que se está brindando en la atención a las personas trans en su respectiva institución.

Asimismo, muchos de los artículos revisados dejan recomendaciones para futuras investigaciones y, para efectos de esta investigación, se tendrán en cuenta, en primera instancia, las de Francia et al. (2017), sobre generar más investigaciones en el tema que incluyan cursos que abarquen la temática con profundidad en los programas de la Facultad de Salud. Dichos cursos permitirían que los estudiantes se capaciten mediante educación continua y conozcan y trabajen de manera sensible y competente con esa parte de la población. En este sentido, se procurará que la investigación deje un producto relevante en el proceso que requiera la población a intervenir.

Por último, es importante resaltar que ninguna de las investigaciones plantea la diferencia entre los momentos del curso de vida, el cual es un factor determinante para analizar las actitudes favorables de los profesionales de la salud en atención a personas trans. Lo anterior deja un vacío investigativo que se considera relevante, teniendo en cuenta la época sociocultural en la que está inmerso el mundo actualmente; en la que las nuevas generaciones pueden estar más sensibilizadas ante la diversidad de género. Esto debido a que

el tema, en la cultura colombiana, tiene mayor visibilidad, pues ahora se ven más grupos activistas, comunidades y movimientos sociales, por tanto, las nuevas generaciones pueden tener una mayor tolerancia a la diferencia.

En este sentido, se planteó la siguiente pregunta problema para la presente investigación: ¿cuáles son las actitudes, la disposición y la distancia social en la atención clínica a personas trans por parte de estudiantes de pregrado y posgrado de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales de las universidades de Colombia? Esto con el objetivo principal de comparar las actitudes, la disposición y la distancia social en la atención clínica a personas trans por parte de estudiantes universitarios; contando con tres objetivos específicos: primero, describir la disposición y las actitudes negativas y positivas de los y las participantes en los procesos de atención clínica a personas trans; segundo, establecer la distancia social reportada de los y las participantes hacia personas trans y, por último, identificar relaciones entre la edad y la distancia social, las disposiciones y las actitudes de los y las participantes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se establece la siguiente hipótesis: a menor edad y trayectoria clínica, mayor disposición y actitudes positivas en los procesos de atención en salud a personas trans. Se plantea esto debido a que las investigadoras del presente estudio consideran que los profesionales más jóvenes están más permeados y sensibilizados ante la diversidad de género que los que tienen más experiencia clínica.

Lograr dar respuesta a dicha pregunta problema por medio de los objetivos planteados resulta pertinente porque, en primer lugar, a nivel social se evidencia que aún está presente la discriminación y el desconocimiento acerca de las necesidades de la población trans y de los procesos de transformación corporal por los que pasan, lo que no permite que reciban una atención de alta calidad para la misma. Además, estas barreras afectan la salud de las personas trans, lo que se ve reflejado en ansiedad, depresión, angustia, miedos y la toma de decisiones que ponen en riesgo su vida. Lo anterior puesto que, al no recibir la ayuda adecuada en los procesos de transformación corporal, optan por automedicarse sin tener conocimiento de las consecuencias que puede acarrear para su cuerpo y bienestar (Estrada y García, 2010).

En segundo lugar, es importante conocer sobre las actitudes que presentan los y las estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales frente a la atención de personas trans, puesto que se encuentran pocos estudios cuantitativos acerca de esto. Los estudios revisados son, principalmente, cualitativos de diseño transversal con muestras de población trans, pero son muy pocos los que están dirigidos a profesionales y estudiantes del área de salud y ciencias sociales, lo que no permite hacer generalizaciones respecto a la

formación que tienen en la atención que deben brindar cuando se conviertan en profesionales.

Ante lo anterior cabe resaltar que la investigación cuantitativa permite recolectar datos de una población muchísimo mayor en menor tiempo a través de la aplicación de instrumentos de medición con ítems validados por expertos que son confiables y eficaces. Además, a través de los resultados de la investigación cuantitativa con una población significativa se pueden obtener los resultados necesarios para cumplir los objetivos propuestos. De esta manera, se podrá generalizar y validar el conocimiento nuevo que se construya a partir de la discusión entre resultados y postulados teóricos para que finalmente se compruebe o se rechace la hipótesis de investigación. Todo lo anterior por medio del análisis estadístico (Hernández et al., 2014).

En tercer lugar, con el propósito de brindar un apoyo a esta población, se considerará la posibilidad de usar los futuros resultados de esta investigación para proponer la construcción de pένsumes que abarquen el contenido esencial, como la diversidad sexual y de género, en las instituciones de educación superior. Esto por medio de talleres y capacitaciones que les brinden los saberes necesarios para darles un trato digno y de calidad a la población trans.

De este modo, se trata de aportar al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible como la salud y la justicia, en pro de la equidad e igualdad asociada al género (UNFPA, 2019) y de las políticas públicas, tales como el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, del Ministerio de Educación Nacional y UNFPA (2007); Política Nacional en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social (2014); el Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2016-2019, en los capítulos Cali Progresa Contigo, la Convivencia y la Seguridad, Cali Amable y Sostenible, Cali Social y Diversa, Cali Bien Gobernada de la Alcaldía de Santiago de Cali (2015); la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) del Ministerio de Salud (2016) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) del Ministerio de Salud (2016).

Ahora bien, la presente investigación se enmarcará en dos áreas de la psicología: social y de la salud. Por un lado, se inscribe en el área de la Psicología Social, que es definida por Allport (1968) como una disciplina en la que se intenta comprender, explicar y predecir cómo los sentimientos, pensamientos y acciones de las personas son influenciados por los mismos de otras personas. Asimismo, Baron y Byrne (1994) definen a la Psicología Social como el campo que busca entender la naturaleza y causas del pensamiento y la conducta de las personas en situaciones sociales. Es por esto que plantean que la labor central de los

psicólogos sociales es, entonces, entender cómo y por qué las personas piensan, sienten y se comportan como lo hacen, en circunstancias que involucran a otras personas. En este sentido, se abordará desde esta área debido a que el presente estudio gira en torno a las actitudes hacia un objeto; en este caso, hacia las personas trans durante la atención clínica.

Por otro lado, la temática descrita también se abordará desde la Psicología de la Salud, puesto que se realizará con estudiantes de este campo (de ciencias de la salud y ciencias sociales). Así, según Matarazzo (1980), la Psicología de la Salud se define como “el agregado de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (p.815). Además, Rodríguez y Palacios (cómo se citó en Piña y Rivera, 2006) mencionan que:

La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto (p.671).

Ahora bien, para efectos de la presente investigación, es importante definir conceptos que resultan claves: actitudes, distancia social, disposición, género, transgénero, atención en salud, enfoque diferencial, enfoque de género, actitudes desde una teoría psicológica, estigma, discriminación y violencia.

En este orden de ideas, en cuanto al término *actitud* se tiene que, inicialmente, Ubbilos et al. (2004) reúnen los aportes más significativos de autores como Allport en 1935, Vallerand en 1994 y Zimbardo y Leippe en 1991, quienes consideraban la actitud como un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. Asimismo, se estipulan unas características esenciales de la actitud según Vallerand (1994): primero, que es un constructo o variable no observable directamente; segundo, implica una organización, en la que se ve involucrada una relación entre factores cognitivos, afectivos y conativos; tercero, tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción y también influencia la percepción y el pensamiento; cuarto, es aprendida; quinto, es perdurable; y, finalmente, tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

Adicional a las características mencionadas anteriormente, se puede decir que la actitud hace parte de la construcción de la identidad del sujeto y, además, se considera como

un juicio, el cual se archiva en la memoria a largo plazo (Zimbardo y Leippe, 1991). Por su parte, según Wander (1994), *actitud* es una predisposición que evalúa a una persona, situación o cosa de un modo determinado y que lleva a actuar acorde con dicha evaluación. Adicional, Lilienfeld et al. (2011) mencionan que las actitudes se originan en creencias, ideas que las personas tienen, las cuales les permiten dar un valor negativo o positivo a las diferentes situaciones. Es por esto que las actitudes juegan un papel fundamental en la manera en cómo nos relacionamos con el entorno (Esteban et al., 2020a).

En esta misma línea, es importante mencionar que la presente investigación tendrá en cuenta el modelo tradicional que menciona que la actitud tiene tres componentes que la definen: cognitivo, que se compone de ideas articuladas, pensamientos y creencias sobre un objeto, evento, persona o grupo social; afectivo, que hace referencia a las emociones y sentimientos que se tienen respecto al objeto; y conductual, que consiste en los comportamientos que se realizan con relación al objeto, los cuales pueden presentarse en conductas de acercamiento o distanciamiento (Gutiérrez, 2015; Lancheros et al., 2007). Cabe resaltar que un componente puede presentarse en mayor medida que el otro, por lo que la intensidad de las actitudes puede variar. Ante esto, se ha comprobado que, si se puede aumentar el sentimiento de agrado o bienestar frente a algo en particular, hay mayor probabilidad de que influya en nuestro comportamiento hacia el evento, persona o grupo social (Esteban et al, 2020a).

Además, hay actitudes más fuertes que otras y las más fuertes parten, principalmente, de la cognición, pues se presentan en la mente de manera regular, fácil y rápida. Esto se debe a que la persona ha tenido una experiencia directa con el evento (tanto negativa como positiva) que ha hecho que se fortalezca. Ahora, el factor más importante para que una actitud sea fuerte es cuando los tres componentes (cognitivo, afectivo y conductual) se alinean, dado que todos tendrán la misma intensidad. Por lo tanto, una actitud es débil cuando no se viene a la mente de manera rápida la opinión que se tiene respecto a algo y cuando los componentes de la actitud se encuentran desalineados (Strangor, 2012).

En lo que respecta a la *distancia social*, según Esteban et al. (2020a), “es una medida de separación social entre grupos de personas, causada por diferencias reales o percibidas que suelen ser categorías socialmente establecidas por grupos mayoritarios que pueden percibirse como la norma” (p.34). Además, es una distancia que, usualmente, está marcada por estigma, estereotipos y/o prejuicios, por lo cual se estima que esta distancia produce una falta de contacto suficiente o prolongado entre estos. Según Navalles-Gómez (2011), “la distancia y la cercanía se develan como los extremos humanos de la empatía” (p.173), implicando que

cuando existe distancia hacia algún grupo, se recrea un espacio de pugna, recalcando un ideal, un discurso y/o un sentimiento que, finalmente, expone una distinción.

Ahora bien, la *disposición* es la descripción del organismo en cuanto a estar listo a realizar una conducta determinada (Glosario análisis conductual, 2014) que, en este caso, sería estar dispuesto a brindar la atención en salud a la población trans. Y, en el caso del presente estudio, la disposición a proporcionar servicios a personas trans se entiende como una disposición positiva para brindar atención de salud trans-sensible (Rodríguez et al., 2017).

Ahora, en cuanto al término *género*, De Beauvoir (1949) menciona que debe entenderse como una forma de hablar o de realizar los procesos de interpretación del cuerpo, dándoles una forma cultural. Para Butler (2007), “hay que tener en consideración que el género, por ejemplo, es un estilo corporal, un «acto», por así decirlo, que es al mismo tiempo intencional y performativo (donde *performativo* indica una construcción contingente y dramática del significado)” (p.271). Si bien, ambos autores hacen énfasis en la expresión del cuerpo, una forma de expresar las diferentes construcciones sociales que se han hecho en las diferentes culturas sobre lo que es ser mujer y hombre. A lo anterior se suma Ramos (1997), quien concuerda con que el género es una construcción social de la diferencia sexual, pero que incluye la historia en dicha construcción.

Así, cabe mencionar que las sociedades se interpretan en función de la diferenciación de género en la que el grupo dominante, que suele ser el grupo de hombres, ejerce su poder ocultando la violencia que implica la adaptación de un individuo a una estructura que se impone. Adicionalmente, es importante mencionar que en el occidente la sociedad ha estado muy permeada por el cristianismo, lo que ha impuesto maneras particulares de ver y comprender el género (Córdova, 2019). Ante esto, se debe detener la reproducción de modelos que fomentan la violencia y dar cabida a las diferentes expresiones culturales provenientes de todos los grupos de la sociedad (Vázquez, 1999). Teniendo en cuenta lo anterior, las personas trans son un grupo de la sociedad que tiene diversas expresiones culturales que se oponen a la identidad cisgénero normalizada.

Ahora bien, en el marco investigativo del presente proyecto es importante mencionar el término *transgénero* o *persona transgénero*. Este se define como aquella persona que vive un género diferente al asignado al nacer (Xavier et al., 2005) y que puede tener también tratamientos médicos y transformaciones corporales o no (Rodríguez et al., 2017; UNFPA, 2019). Según la Teoría *Queer*, las realidades están permeadas no solo por las cuestiones de orientación sexual, que hace referencia a la preferencia sexual de cada persona, sino también

las cuestiones corporales y relacionadas con su identidad (Córdova, 2020). Dentro de este contexto se enmarcarían las personas transgénero, las cuales son concebidas como “aquellas personas que transitan desde un lado del espectro del género hacia el otro (de varón a mujer o de mujer a varón)” (Córdova, 2020, p. 113). Teniendo en cuenta lo anterior, para efectos de esta investigación, la persona transgénero será concebida como aquella persona inconforme con su género asignado al nacer y que, por lo tanto, vive en un género distinto a este, teniendo la posibilidad de realizar tratamientos médicos y transformaciones corporales si así lo desea.

Ante lo anterior, Colombia ha desarrollado diferentes estrategias para abordar la atención en salud de las personas trans, promoviendo que estas tengan una atención integral y de excelente calidad. Estos son los servicios afirmativos (Colombia Diversa, 2010) y el protocolo titulado *¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans?* (Profamilia, 2019). Adicionalmente, tiene un marco estratégico que pretende velar por el bienestar de la población teniendo en cuenta todas sus necesidades y tratando de abordarlas de manera parcial. Para esto es importante conocer sobre este marco, que parte de la política PAIS del Ministerio de Salud (2016) declarada en la Ley 1751 del 2016. Esta tiene como objetivo:

Orientar el sistema hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (p.30).

Para poder lograr lo propuesto, este marco estratégico está conformado por el modelo operacional MIAS, el cual:

Pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad (Ministerio de Salud, 2016, p.46).

Este modelo pretende que haya integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y de los territorios en los que se desarrollan; para ello, tiene numerosos componentes que le permiten velar por el cumplimiento de esta, entre los cuales se encuentra el componente en el que se hará énfasis en esta investigación: Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); este es:

El instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pagos orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social (Ministerio de Salud, 2016, p.51).

En este sentido, las RIAS se dividen en tres rutas: la primera es la ruta de promoción y mantenimiento de la salud; la segunda es la ruta de grupo de riesgo y la tercera es la ruta específica de atención. La primera se encarga de las acciones de prevención y promoción en todo el curso de vida y el desarrollo de las personas buscando la generación de entornos beneficiosos para la población. Por su parte, la segunda ruta pretende identificar los factores de riesgo e intervención en una comunidad o en la individualidad. Finalmente, la tercera está orientada al tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación (Ministerio de Salud, 2016). De acuerdo con esto, estas rutas son importantes porque previenen e identifican las diferentes necesidades que se pueden presentar en una población en particular y permite el establecimiento de estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas. Por tanto, con los resultados de este estudio se podrá aportar a estas rutas, logrando identificar las necesidades en la atención por parte de los estudiantes de las facultades de la Salud y Ciencias Sociales hacia las personas trans para lograr mejoras en las estrategias vigentes o crear nuevas.

Teniendo en cuenta lo anterior y debido al objetivo principal de la presente investigación, el concepto de enfoque diferencial resulta indispensable. Así, según el Ministerio de Salud (2019), el enfoque diferencial es un:

Método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria. Involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez (párr. 2).

Así, también es importante mencionar el enfoque o perspectiva de género, factor clave que impacta en las personas trans, ante lo que el Consejo de Política Económica y Social (cómo se citó en UNFPA, 2019) señala que:

Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la

aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros (p.53).

Teniendo en cuenta lo anterior, Goffman (1970) plantea que el término *estigma* hace referencia a los atributos negativos que se le otorgan a una persona o grupo. Estos se dividen en tres grandes grupos: defectos físicos o del cuerpo, como el estar delgado o robusto; defectos del carácter que se consideran antinaturales o tiránicas, en este caso, como la no identificación con las características físicas biológicas sexuales; o los estigmas tribales, como la raza o la nacionalidad. Todo lo anterior se relaciona con lo que propone Ortiz (2013) acerca del orden étnico-racial, de género e incluso las clases sociales, que se entienden como “formas de clasificación social arbitrarias a partir de las apariencias físicas de las personas” (p.178). Esto impide que las personas construyan libremente su propia percepción acerca de su cuerpo, quedando expuestos ante lo que diga y decida el contexto social en el que se encuentre, pues “el miedo al rechazo conduce a reproducir, asimilar y normalizar la violencia cotidiana” (René, 2014, p.97).

Ahora bien, del estigma se desprende la *discriminación*, la cual es:

Una conducta culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales (Rodríguez, 2005, p.23).

De acuerdo con lo anterior, el estigma vulnera los derechos fundamentales y genera predisposiciones en las personas que llevan a la discriminación del otro mediante comportamientos de aislamiento, amenazas, entre otros (Hoyos y Concha, 2020). En este caso, la discriminación, que es una forma de acto violento, estaría asociada al género y al transgenerismo y, por ello, resulta menester definir lo que es. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), la *violencia* es “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que (...) es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (p.5). Así, en el Informe Sobre Salud y Violencia, la OMS (2002) reconoce que la violencia psicológica, física y social, tiene un efecto desastroso sobre la salud de las minorías sexuales, en las que se incluyen a las personas trans.

De este modo, es importante mencionar que la violencia en el ámbito de la salud se ve reflejada en las altas barreras de acceso a los servicios de salud que lesionan el derecho de

igualdad y amenaza la seguridad e integridad de las personas trans; el diagnóstico de disforia de género que deben recibir para poder empezar el proceso de transformación corporal; la falta de conocimiento de los profesionales acerca de las necesidades; la falta de sensibilidad y respeto hacia esta población (Hoyos y Concha, 2020; Hoyos y Valderrama, 2020; René, 2014; Rodríguez et al., 2017; Vázquez, 1999).

## MÉTODO

### **Tipo de estudio**

El enfoque del estudio planteado para la presente investigación fue cuantitativo. Este, según Hernández et al. (2014), se basa en la recolección de datos mediante la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de comprobar hipótesis o teorías planteadas por los investigadores. Se tuvo en cuenta este enfoque dado que se diseñó un instrumento que evaluó las actitudes, disposiciones y distancia social de los y las participantes en atención clínica a personas trans.

Además, el diseño fue transversal, lo que significa que la investigación se realizó aplicando el instrumento una única vez en un tiempo determinado. En cuanto al muestreo, se utilizó el muestreo no probabilístico, en primera instancia, la estrategia inicial fue el muestreo por conveniencia, debido a que se tenía la población definida y el acercamiento era próximo (Hernández et al, 2014). Sin embargo, debido a la emergencia sanitaria por Covid-19, se tuvieron dificultades a la hora de acceder a la población. Por tal motivo, se decidió utilizar, en segunda instancia, la estrategia del muestreo por bola de nieve, pasando la información a personas que cumplían con los criterios y que estos la compartieran con aquellas personas que conocían que también pudieran participar (Hernández et al, 2014).

Por último, cabe mencionar que la investigación fue de tipo correlacional (Hernández et al., 2014), puesto que se pretendió relacionar los resultados en cuanto a la experiencia en atención clínica de los y las estudiantes participantes.

### **Participantes**

Para esta investigación se tuvo en cuenta una muestra de 185 participantes que debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de 18 años de edad; b) ser estudiante o egresado/a de un programa de pregrado o posgrado de una facultad de salud o de

ciencias sociales de Colombia; c) tener experiencia clínica y/o investigativa de, al menos, un semestre académico (4-6 meses), en una institución de salud pública o privada de Colombia y e) aceptar virtualmente la participación en la investigación a través del enlace en el que se proveyó el instrumento y consentimiento informado dando clic en *Siguiente*.

Por último, se tuvo en cuenta un criterio de exclusión: a) ser estudiante extranjero o estar de forma momentánea en Colombia; por ejemplo, que se encuentren realizando una pasantía o semestre académico internacional. No obstante, cabe mencionar que los y las participantes que cumplieron con todos los criterios de inclusión, pero se encontraban viviendo en un país diferente a Colombia, pudieron participar en la investigación.

Ahora bien, para hacer el contacto con la población que cumplió con las características previamente mencionadas, se recurrió a la base de contactos que tiene el proyecto de investigación TranSer<sup>1</sup> de la Pontificia Universidad Javeriana y de los y las docentes de clases de las facultades de salud y ciencias sociales.

Adicionalmente, cabe mencionar que se realizó una segmentación de los participantes en dos grupos teniendo en cuenta su edad: menores y mayores de 30 años. Esta segmentación se realizó partiendo del hecho de que las personas nacidas en los años '90 han vivido la época del avance de la inclusión social, pasando por el reconocimiento de la diferencia y la diversidad sexual y de género de la población LGBTIQ+ (Sánchez Barrera, 2017) y temas de globalización. Por el contrario, las personas mayores de 30 años nacieron y se criaron en años anteriores a los '90, por lo que vivieron una época más conservadora y renuente a abrir las fronteras de la libertad (Sánchez Barrera, 2017).

### **Variables de investigación**

Las variables de la presente investigación se describen en la Tabla 1:

---

<sup>1</sup> TranSer: Programa para el fortalecimiento de una sexualidad plena, satisfactoria y saludable en mujeres transgénero de cinco ciudades de Colombia, financiado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Cofinanciado y ejecutado por el Grupo Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana Cali y el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica, en alianza con Transmujer.

**Tabla 1***Variables de investigación*

Constructo	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional
<p><b>Actitudes</b> Se originan en creencias, ideas que las personas tienen, las cuales les permiten dar un valor negativo o positivo a las diferentes situaciones (Lilienfeld et al., 2011). Es por esto que las actitudes juegan un papel fundamental en la manera como nos relacionamos con el entorno (Esteban et al., 2020a).</p>	<p><b>Disposición</b></p>	<p>Es la descripción del organismo en cuanto a estar listo a realizar una conducta determinada, de igual manera no es necesaria la descripción del organismo, ya que por ejemplo un individuo puede asumir la disposición de otro a presentar cierta conducta ante situaciones estimulares específicas, o a través del mismo comportamiento en cuanto a lo que sí o no hace (Glosario análisis conductual, 2014). En este caso, la disposición hace referencia a la disposición positiva para brindar atención de salud trans-sensible a la población trans (Rodríguez et al., 2017).</p>	<p>La disposición se evidencia de los participantes hacia las personas trans en las conductas que asumen en la interacción. Entonces, cuanto mayor sea la confianza o comodidad que presente en la interacción será considerada una actitud favorable hacia la persona trans.</p>
	<p><b>Distancia social</b></p>	<p>Es una medida de separación social entre grupos originada por diferencias reales o percibidas entre grupos de personas, las cuales suelen ser categorías socialmente establecidas por grupos mayoritarios que suelen percibirse como la norma (Esteban et al., 2020b).</p>	<p>La distancia social se refleja entre los participantes y las personas trans. De acuerdo con esto, cuanto mayor sea la distancia hacia las personas trans, menor será la probabilidad de desarrollar empatía hacia estas personas, por el contrario, si presentan cierta cercanía indica índices de empatía.</p>

<b>Actitudes positivas/favorables</b>	Muestra creencias positivas y un afecto agradable, lo cual puede llevar a un acercamiento hacia el objeto (Cárdenas y Barrientos, 2008).	En esta investigación las actitudes favorables serán aquellas que demuestren inclusión en la atención a las personas trans por parte de los participantes
<b>Actitudes negativas/desfavorables</b>	Presenta ideas o pensamientos negativos que implican sensaciones de malestar en las personas, que se refleja en una acción de distanciamiento del objeto (Cárdenas y Barrientos, 2008).	En esta investigación las actitudes desfavorables serán aquellas en las que se evidencian estigmas y, como consecuencia, discriminación hacia las personas trans por parte de los participantes.

*Nota.* La tabla muestra un constructo (Actitud) y las dimensiones con sus respectivas definiciones en las que se divide para efectos de esta investigación. Fuente: Autoría propia.

### **Instrumentos**

La recolección de datos cuantitativos se realizó mediante la aplicación de tres instrumentos, que fueron proporcionados y autorizada su aplicación por parte de los, las y les autores/as. Se considera pertinente resaltar que dicha autorización se obtuvo por la alianza en investigación con Ponce Health Sciences University. En ese caso, fueron 25 ítems y un tiempo de resolución de, aproximadamente, 25 minutos. Entonces, los instrumentos fueron los siguientes:

**CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (*ad hoc*).** Este contuvo información relacionada con la edad, sexo, género, orientación sexual, estrato socioeconómico, programa, semestre, nivel de estudio (pregrado o posgrado), afiliación espiritual o religiosa y tiempo de experiencia en práctica clínica.

**ESCALA DE ACTITUDES DE PSICOTERAPEUTAS HACIA LA COMUNIDAD TRANSGÉNERO (Esteban et al., 2020a).** San Juan, Puerto Rico; Subcomité de Investigación del Comité de la Diversidad de Sexo, Género y Orientación Sexual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Se compuso de una escala Likert de 10 ítems en la que las opciones de respuestas tuvieron cuatro opciones que van desde (1) Totalmente de acuerdo a (4) Totalmente en desacuerdo. Además, los ítems 1, 3 y 5 se puntuaron inversamente, es decir, (1) Totalmente en desacuerdo a (4) Totalmente de acuerdo. Contuvo ítems que fueron de corrección regular: a mayor puntuación, mayores actitudes

negativas (prejuicios) hacia personas transgénero. Para efectos de esta investigación, se modificaron los ítems 4, 6, 8 y 9 (ver Anexo 3).

Ahora, si bien la escala es hacia psicoterapeutas, se extendió su uso a otras áreas de la Salud y Ciencias Sociales (Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Antropología, Sociología, Fonoaudiología y Odontología) que tienen abordaje clínico con las personas. Los ítems se puntuaron así: los ítems normales con mayor puntuación indicaron actitudes positivas o favorables hacia las personas trans (empatía, cercanía, apertura, aceptación, entre otros). Por otro lado, los ítems inversos con mayor puntuación indicaron actitudes negativas o desfavorables hacia las personas trans (incomodidad, lejanía, prejuicios, entre otros).

En cuanto a la validez del instrumento, los investigadores del estudio hicieron un análisis factorial exploratorio en el cual la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin apoyó la adecuación de los datos de muestreo para el análisis:  $KMO = .719$  y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ( $\chi^2(300) = 728.939, p < .001$ ); indicando que las correlaciones entre los ítems fueron significativamente diferentes de cero. Además, al realizar el análisis restringido a un factor, de los 25 ítems, se eliminaron 15 porque no cumplieron con los criterios de selección, lo que redujo la escala a 10 ítems y, por ende, explica el 33% de la varianza de los datos originales. Finalmente, para la confiabilidad, los resultados mostraron un coeficiente alfa de Cronbach de .75 y de .76 para la prueba Spearman-Brown.

**ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL HACIA PERSONAS TRANS (Esteban et al., 2020b).** San Juan, Puerto Rico; Subcomité de Investigación del Comité de la Diversidad de Sexo, Género y Orientación Sexual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. La escala se respondió seleccionando la alternativa de preferencia en cuanto a la distancia social: 1 (Viviría con ellos/as bajo la misma habitación), 2 (Viviría con ellos/as bajo el mismo techo), 3 (Los/as aceptaría como amigos/as), 4 (Preferiría tenerlos/as como conocidos/as y no como amigos/as), 5 (Los/as excluiría de mis relaciones sociales) y 6 (No quisiera ni verles). Ahora, la escala indicó la distancia que existió entre una persona y las personas trans. Entonces, cuanto mayor sea la distancia hacia una persona o comunidad, menor será la probabilidad de desarrollar empatía hacia estas personas, por lo tanto, sería una actitud desfavorable hacia las personas trans.

En cuanto a la validez del instrumento, los autores del estudio realizaron un análisis de factores utilizando el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblicua en el que se mostró una estructura unifactorial que explicaba el 92% de la varianza de los datos originales. Asimismo, las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO =$

.903) y la prueba de esfericidad Bartlett ( $\chi^2 (78) = 4026.526, p < .001$ ) apoyaron la adecuación de los datos de muestreo para el análisis. Para la confiabilidad, los resultados mostraron un coeficiente alfa de .99 y de .98 para la prueba Spearman-Brown.

**ESCALA SOBRE DISPOSICIÓN TRANSGÉNERO (Rodríguez-Madera et al., 2017).** Proyecto Transforma; San Juan, Puerto Rico; Internal Reliability. Con .90 de confiabilidad, el instrumento se compuso de una escala Likert de 9 ítems, en la que las opciones de respuesta tuvieron cinco opciones que van desde Definitivamente no puede (1) a Definitivamente puede (5). Las sumas de las preguntas crearon una puntuación total en las que a mayor puntuación, mayor disposición a discutir problemas de salud específicos de personas transgénero. Ahora, la escala se usó para saber el grado de confianza/comodidad que el participante manifiesta y la disposición que tuvo al atender a una persona transgénero. Lo anterior se puntuó así: a mayor puntaje, la actitud es favorable en atención al paciente trans.

### **Análisis de los resultados**

Los datos obtenidos a partir de la *Escala de Actitudes de Psicoterapeutas hacia la Comunidad Transgénero* (Esteban et al., 2020a), *Escala de Distancia Social hacia personas trans* (Esteban et al., 2020b) y *Escala sobre Disposición Transgénero* (Rodríguez-Madera et al., 2017) fueron analizados por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 20.0 para Windows. Se usará estadística descriptiva e inferencial para caracterizar la muestra y determinar la correlación entre las variables y la muestra del estudio. Asimismo, se calcularon y describieron los puntajes para cada una de las variables evaluadas en los cuestionarios.

### **Procedimiento**

La presente investigación se desarrolló a partir de las siguientes fases: primero, se realizó una revisión de literatura sobre el tema de interés y, así, plantear los objetivos, teniendo en cuenta la elección de una metodología que facilitara su alcance. Posteriormente, se determinó la población escogida intencionalmente y está conformada por los estudiantes de las facultades de salud y ciencias sociales de pre y posgrado de las universidades de Colombia. Seguido a esto, se contactó virtualmente (correo electrónico) a los y las directores/as de estas facultades, exponiéndoles el proceso que se llevaría a cabo con este estudio, solicitando la autorización para difundir y, finalmente, pidiendo difundir la información entre sus estudiantes. Una vez obtenido esto, se contactó a docentes de otras universidades para extender el instrumento e

información de la investigación a sus estudiantes, para que decidieran si querían o no participar. Esto se estableció así dada la situación de contingencia a raíz de la pandemia de Covid-19.

Todo lo anterior respetando la confidencialidad de los datos de los y las estudiantes, tratando así de proteger su derecho constitucional por medio del Habeas Data de “conocer, suprimir, actualizar y rectificar todo tipo de datos personales recolectados, almacenados o que hayan sido objeto de tratamiento en bases de datos en las entidades del públicas y privadas” (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2020, párr.1).

Durante la segunda fase se realizó la validación del instrumento por medio de los jueces escogidos: primero, una nutricionista dietista con experiencia de más de 14 años en atención a pacientes con diferentes situaciones de salud y edades. Además, es profesora universitaria e investigadora con experiencia en temas relacionados con VIH, representaciones sociales y diversidad sexual y género. Segundo, un psicólogo, docente universitario e investigador con experiencia de más de 30 años en psicología clínica y de la salud. Por último, una médica familiar y de medicina integrativa con experiencia de más de 15 años. Todos docentes de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, quienes realizaron observaciones sobre la redacción con el fin de mejorar la comprensión en los participantes y adaptar el lenguaje a Cali; esto dado que el instrumento ha sido utilizado en población puertorriqueña.

Una vez finalizados los ajustes sugeridos por los jueces por medio del link [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfrktG4V\\_DyOBTzToyOc8\\_MgzPCruCx1ozrboIEoziZIQNBkQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfrktG4V_DyOBTzToyOc8_MgzPCruCx1ozrboIEoziZIQNBkQ/viewform?usp=sf_link), se realizó la prueba piloto de los instrumentos con 13 estudiantes universitarios de la ciudad de Cali que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El pilotaje tuvo como finalidad identificar la comprensión y la percepción que tienen los/las jóvenes sobre los ítems de los instrumentos. Según los comentarios hechos por estos/as, se hicieron los siguientes ajustes: en la redacción del ítem 4 (“Reconozco que géneros diferentes al masculino y femenino confrontan negativamente mis valores personales”) debido a que causó confusión en el entendimiento del mismo, lo cual implicaría una alteración en los resultados puesto que, al no comprender en su totalidad el ítem, se puede responder erróneamente y alejarse de la realidad del participante. Por esto, dicho ítem se cambió a “Expresiones de género diferentes a las femeninas y masculinas confrontan negativamente mis valores personales”.

Asimismo, se hicieron cambios en el formato virtual de los instrumentos, que fue realizado en Google Forms, un aplicativo que ofrece Google para realizar formularios en

línea. En este se ajustaron las opciones de respuesta (que antes eran abiertas a respuestas cerradas) en las preguntas del programa al que pertenece, semestre, sexo, género, orientación sexual, afiliación religiosa, edad y estrato. Esto último con la intención de optimizar la recolección de los datos y, posteriormente, el análisis de estos.

En la tercera fase, se recolectaron los datos durante cinco semanas, dejando abierto el enlace de la encuesta para que los y las estudiantes ingresaran en cualquier momento y se mantuviera homogeneidad de condiciones. Además, las investigadoras y directora del presente trabajo de grado difundieron diariamente la encuesta e información del estudio por medio de sus redes sociales digitales personales hasta recoger el tamaño de muestra objetivo.

Cabe mencionar que, debido a que el instrumento se realizó en Google Forms, fue posible organizar sin complicaciones los datos para el respectivo análisis en el programa SPSS. Esto con la finalidad de obtener las tablas correspondientes a la categoría descriptiva, llevando a cabo un análisis descriptivo de la misma.

Ahora, es importante mencionar que se presentaron algunas dificultades durante la fase de recolección de datos, por lo que también se hicieron cambios en los criterios de inclusión y exclusión y, por ende, en el formulario de aplicación. Inicialmente, se había propuesto hacer el estudio con estudiantes únicamente de una universidad privada de Cali. No obstante, debido a que eran pocos estudiantes quienes habían llenado el formulario hasta el momento, las investigadoras decidieron ampliarlo a todas las universidades de Cali y, posteriormente, de Colombia. Asimismo, se amplió el criterio a estudiantes de posgrado. Lo anterior permitió que más personas pudieran participar en la investigación.

Además, se contaba con el criterio de que las personas participantes debían haber atendido, al menos, a una persona trans o de género no binario en el último año. Sin embargo, este se amplió a dos años, se quitó su obligatoriedad y se incluyeron participantes que tuvieran experiencia investigativa con dicha población; esto con el fin de tener la posibilidad de comparar quienes habían atendido clínicamente y quienes no a población trans. Posteriormente, se logró casi un porcentaje de 50-50 entre ambas partes, por lo que se tomó la decisión de cambiar el objetivo principal del estudio.

Teniendo en cuenta las dificultades expuestas anteriormente, se debió extender el tiempo de recolección de datos dos semanas más, logrando obtener una muestra lo suficientemente amplia y diversa.

Seguido a lo anterior, se realizó la discusión de la investigación teniendo en cuenta los referentes conceptuales, la revisión de antecedentes y los objetivos de estudio en un ejercicio confrontativo entre los resultados obtenidos y los fundamentos justificados.

En la última fase, una vez aprobado el proyecto final por los jurados de la carrera de Psicología, se realizará un informe a la decanatura de Salud y de Humanidades y Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, y a los directores de los respectivos programas para orientar acciones puntuales de educación en temas de diversidad sexual y de género. Adicionalmente, TranSer integrará en las acciones de educación a la comunidad trans y profesionales del área de la salud a través de la apropiación social de conocimiento, Proyecto Valientas de TranSer e instancias gubernamentales y no gubernamentales.

### **Consideraciones éticas**

Para este trabajo se tuvo en cuenta la Ley 1090 de 2006, por medio de la que se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en Psicología. Además, se tuvo en cuenta la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la que se establecen los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, por tanto, deberá prevalecer el respeto, bienestar y la confidencialidad de los participantes.

Además, de acuerdo con el artículo 11 de la resolución mencionada, esta investigación es categorizada con riesgo mínimo, por tanto, los participantes no estarán en ninguna situación que atente contra su vida. Sin embargo, si se llegan a dar casos en los que se requiera contención emocional, se dará de manera inmediata y se buscarán contactos profesionales que lleven el caso.

Asimismo, se tuvo en cuenta el artículo 14, en el que se hace referencia al consentimiento informado, que expone de manera clara y concisa los derechos y deberes de los participantes, el objetivo de la investigación, el carácter voluntario, que no tendrán ninguna retribución económica, la duración del cuestionario y los datos de las personas a cargos. Todo lo anterior se realizó con el fin de promover el bienestar, la integridad y la confidencialidad de los participantes.

## RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Actitudes de Psicoterapeutas hacia la Comunidad Transgénero (Esteban et al., 2020a); la Escala sobre Disposición Transgénero (Rodríguez-Madera et al., 2017) y la Escala de Distancia Social hacia Personas Trans (Esteban et al., 2020b). Lo anterior con el fin de dar cuenta del objetivo general del presente estudio, es decir, comparar las actitudes, la disposición y la distancia social en la atención clínica a personas trans por parte de estudiantes de pregrado y posgrado de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales de las universidades de Colombia mayores de 30 años y menores de 30 años.

Inicialmente, se presentarán las características de las personas participantes y, posteriormente, los resultados obtenidos al correlacionar las variables de *Edad* y *Atención Clínica* (si el/la profesional ha atendido clínicamente o no a una persona trans). Finalmente, se realizará una clasificación según las categorías propuestas para cada escala mencionada anteriormente.

El tipo de análisis seleccionado para correlacionar los datos de la investigación fue la prueba del Chi-Cuadrado, la cual tiene como objetivo contrastar la hipótesis planteada mediante el nivel de significación, por lo cual si el valor de la significación es mayor o igual que el Alfa (0.05), se acepta la hipótesis; en el caso contrario, se rechaza (Tinoco, 2008). Lo anterior con el fin de darle valor estadístico a los resultados arrojados en la presente investigación.

### **Caracterización de las personas participantes**

La caracterización de los y las participantes del estudio se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2***Resumen de variables sociodemográficas*

<b>Variable</b>		<b>(n=185) / N(%)</b>
Sexo	Mujer	134 (72,4)
	Hombre	51 (27,6)
Género	Femenino	133 (71,9)
	Masculino	52 (28,1)
Orientación sexual	Heterosexual	51 (81,6)
	Homosexual	18 (9,7)
	Bisexual	12 (6,5)
	Pansexual	3 (1,6)
	Otro	1 (0,5)
Afiliación religiosa	Católica	106 (57,3)
	Cristiana	17 (9,2)
	Protestante	1 (0,5)
	Mormona	1 (0,5)
	Ateo	9 (4,9)
	Agnosticismo	19 (10,3)
Localidad	Otra	6 (3,2)
	Ninguna de las anteriores	26 (14,1)
	En el Valle del Cauca	161 (87)
Edad	Fuera del Valle del Cauca	24 (13)
	Menores de 30 años	136 (73,5)
Estado académico	Mayores de 30 años	49 (26,5)
	Estudiando actualmente	87 (47)
	Egresado/a	98 (53)

---

Programas de pregrado	Medicina	54 (29,2)
	Psicología	83 (44,9)
	Enfermería	9 (4,9)
	Trabajo social	9 (4,9)
	Fisioterapia	9 (4,9)
	Sociología	1 (0,5)
	Terapia ocupacional	10 (5,4)
	Odontología	9 (4,9)
	Fonoaudiología	1 (0,5)
Posgrado	Especializaciones y maestrías	53 (28,6)
	Sin posgrado	132 (71,4)
Formación en temas de diversidad sexual y de género	Se ha formado	99 (53,5)
	No se ha formado	86 (46,5)
Métodos de formación en temas de diversidad sexual y de género	Instituciones gubernamentales	26 (14,1)
	Instituciones educativas	49 (26,5)
	Plataformas digitales	39 (21,1)
	ONG o fundaciones	25 (13,5)
	Otro	15 (8,1)
	No tiene formación en temas de diversidad sexual y de género	90 (48,6)
Tiempo de experiencia clínica	Menos de 4 años	125 (67,6)
	Más de 4 años	60 (32,4)
Lugar en el que ha brindado atención clínica	Clínica	73 (39,5)
	Hospital	74 (40)
	ONG	41 (22,2)

---

	Institución gubernamental	19 (10,3)
	Institución educativa universitaria	31 (16,8)
	Institución básica primaria	16 (8,6)
	Consulta particular	44 (23,8)
	Trabajo independiente	15 (8,1)
	Investigación	30 (16,2)
	Otra	7 (3,8)
Atención a personas trans	Sí ha atendido	107 (57,8)
	No ha atendido	78 (42,2)

*Nota.* La tabla muestra un resumen de los datos sociodemográficos recogidos. La primera columna tiene el nombre de la variable principal, la segunda columna tiene el nombre de la subvariable y la tercera columna tiene la cantidad de personas y el porcentaje equivalente entre paréntesis. Fuente: Autoría propia.

La muestra del estudio se conformó por 185 personas (n=185), de las que el 72,4% fueron mujeres y el 27,6% restante fueron hombres. De estas personas, el 71,9% se identifica con el género femenino y el 28,1% con el género masculino. Por otro lado, las orientaciones sexuales de los/las participantes variaron entre heterosexualidad (81,6%), homosexualidad (9,7%), bisexualidad (6,5%), pansexualidad (1,6%) y demisexualidad (0,5%). En cuanto a la localidad, el 87% vive en el Valle del Cauca y el 13% vive en ciudades como Bogotá, Bucaramanga, Tunja, Popayán, entre otros.

Ahora, en cuanto a la afiliación religiosa, más de la mitad (57,3%) pertenece a la religión católica; el 9,2% al cristianismo; el 0,5% al protestantismo, al igual que al mormonismo; el 4,9% pertenecen al ateísmo y el 10,3% se considera agnóstico. Por otro lado, el 3,2% pertenece a otra afiliación religiosa y el 14,1% restante no pertenece a ninguna de las afiliaciones anteriores. Además, cabe resaltar que todos/as los/las participantes fueron mayores de edad, pero esta variable se segmentó en menores de 30 años de edad (73,5%) y mayores de 30 años de edad (26,5%).

Adicionalmente, el 47% se encontraban estudiando en el momento de aplicación del instrumento, mientras que el 53% cuentan ya con un pregrado universitario. Cabe mencionar que la mayoría de las personas participantes (44,9%) estudia o estudió Psicología, seguido

por Medicina (29,2%), Enfermería, Trabajo Social, Fisioterapia, Odontología (4,9% cada una), Terapia Ocupacional (5,4%), Sociología y Fonoaudiología (0.5% cada una). Además, solo el 28,6% se encontraban estudiando un posgrado, es decir, el 71,4% se encuentra aun estudiando uno de los programas enlistados anteriormente o es un(a) profesional que no cuenta con un posgrado.

Ante lo anterior, el 53,5% de los/las participantes se formaron en temas de diversidad sexual y de género en instituciones educativas (26,5%), plataformas digitales (21,1%), instituciones gubernamentales (14,1%), Organizaciones No Gubernamentales (ONG) o fundaciones (13,5%) o por medio de otros (8,1%), como lectura autónoma, colectivos feministas o semilleros de investigación. No obstante, casi la mitad de los/las participantes (48,6%) no se formaron en temas de diversidad sexual y de género. Ante esto, cabe mencionar que hubo participantes que se formaron en más de un lugar o método.

En cuanto a la experiencia clínica, el 67,6% de la muestra tuvo menos de 4 años de experiencia, mientras que el 32,4% restante tuvo más de 4 años de esta. Lo anterior en clínicas (39,5%), hospitales (40%), ONG (22,2%), instituciones gubernamentales (10,3%), instituciones educativas universitarias (16,8%), instituciones educativas básicas primarias (8,6%), consulta particular (23,8%), trabajo independiente (8,1%), investigaciones (16,2%) u otras (3,8%), como Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), establecimientos carcelarios, penitenciarias y/o empresas promotoras de salud. Ante esto, cabe resaltar que hubo participantes que han prestado atención clínica en más de un lugar.

Finalmente, de manera relevante se destaca que más de la mitad de la muestra (57,8%) atendió (o realizó investigaciones) a, al menos, una persona trans o de género no binario. Por ende, un poco menos de la mitad (42,2%) no lo hizo.

### **Edad y Atención Clínica**

Los resultados de la correlación entre las variables *Edad* y *Atención Clínica* se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Correlación de Edad y Atención Clínica*

Atención clínica	Menores de 30	Mayores de 30	P valor
	(n=185) / N (%)		
	136 (73,5)	49 (26,5)	

Sí ha atendido	78 (57,4)	29 (59,2)	0,82
No ha atendido	58 (42,6)	20 (40,8)	

*Nota.* La tabla muestra la correlación entre la variable *Edad* y *Atención Clínica*. La primera columna tiene el nombre de las subvariables de la variable principal *Atención Clínica*. La segunda columna tiene el nombre de la subvariable *Menores de 30 años* de la variable principal *Edad* y la respectiva correlación con las subvariables de la variable principal *Atención Clínica*. La tercera columna tiene el nombre de la subvariable *Mayores de 30 años* de la variable principal *Edad* y la respectiva correlación con las subvariables de la variable principal *Atención Clínica*. En la cuarta columna se encuentra el P valor de la correlación obtenido mediante la prueba del Chi-Cuadrado. Fuente: Autoría propia.

Las variables *Edad* y *Atención Clínica* se relacionaron para conocer la distribución de las edades de los participantes y si habían atendido o no a población trans. Por esto, a continuación, se describen las proporciones según los/las participantes mayores de 30 años y menores de 30 años en relación con la variable si ha atendido o no a población trans.

En cuanto a la proporción de participantes mayores de 30 años que ha atendido a personas de población diversa (59,2%), cabe mencionar que fue ligeramente mayor en comparación con aquellos participantes menores de 30 años que también atendieron dicha población (57,4%). Asimismo, la proporción de participantes mayores de 30 años que atendió a personas de población diversa (59,2%) fue ligeramente mayor en comparación con aquellos participantes menores de 30 años que también atendieron a la población mencionada (57,4%). Por lo anterior, no se presentaron diferencias significativas en la correlación de ambas variables, puesto que el nivel de significancia es  $<0.05$  ( $p=0,82$ ).

### **Distancia Social y Disposición**

Los resultados de la variable de *Distancia Social* y la variable *Disposición* se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Variables Distancia Social y Disposición*

Variable	(n=185) / N (%)
<b>Distancia Social</b>	
Distancia baja	13 (7)

Distancia alta	172 (93)
<b>Disposición</b>	
Ninguna disposición	125 (67,6)
Disposición moderada	59 (31,9)
Disposición alta	1 (0,5)

*Nota.* La tabla muestra el resumen de los participantes que obtuvieron una puntuación en la variable *Distancia*: baja o alta y en la variable *Disposición*: ninguna, moderada o alta.

Fuente: Autoría propia.

La variable de *Distancia Social* se exploró para conocer la medida de separación social de los participantes hacia la población trans; para esto se utilizaron dos niveles: distancia baja y distancia social alta. La primera indicó que los/las participantes tendieron a tener mayor cercanía hacia la población trans, a diferencia de la distancia alta. Teniendo en cuenta esto, se encontró que el 93% de la muestra contó con una distancia alta frente a esta población, lo que indica que sienten una lejanía hacia los mismos en circunstancias en las que tengan que compartir espacios (como vivienda) y en tener relaciones interpersonales, específicamente, amistades. Por otro lado, el 7% de los/las participantes se ubicaron en el rango de una distancia baja, mostrando cercanía con la población trans.

Por otro lado, la variable *Disposición* se indagó con el fin de identificar si existe o no una disposición de los participantes hacia la población trans; para esto se midió en tres niveles: ninguna disposición, disposición moderada y disposición alta. Por consiguiente, los resultados arrojaron que la proporción de los y las participantes que no presentaron ninguna disposición frente a las personas trans (67,6%) es mayor a la de aquellos que presentaron una disposición moderada (31,9%).

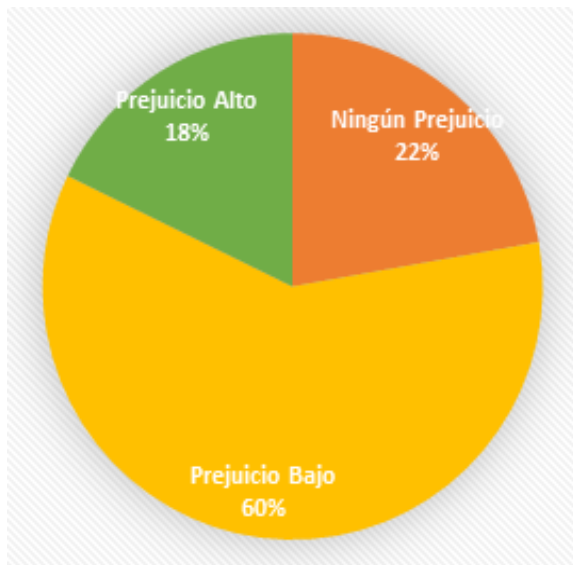
## **Actitudes**

En la Figura 1 se muestran los resultados de la variable *Actitudes*.

## Figura 1

*Variable Actitudes*

Figura 1



*Nota.* En la figura se muestran las proporciones de los resultados obtenidos en cada una de las subvariables (ninguno, bajo y alto) de la variable principal *Actitudes*. Fuente: Autoría propia.

En cuanto a la variable de *Actitudes*, se exploró con el fin de identificar cuáles son los prejuicios que presentan los participantes hacia la población trans, para esto se midió en tres niveles: ningún prejuicio, prejuicio bajo y prejuicio alto. Ante esto se encontró que la proporción de participantes que presentaron un prejuicio bajo frente a la población trans es mayor (60%) respecto a aquellos que presentaron un prejuicio alto (17,8%) o que, por el contrario, no presentaron ningún prejuicio hacia esta población (22,2%). Por esto, se encontró que la mayoría de las participantes contaron con actitudes favorables hacia la población trans.

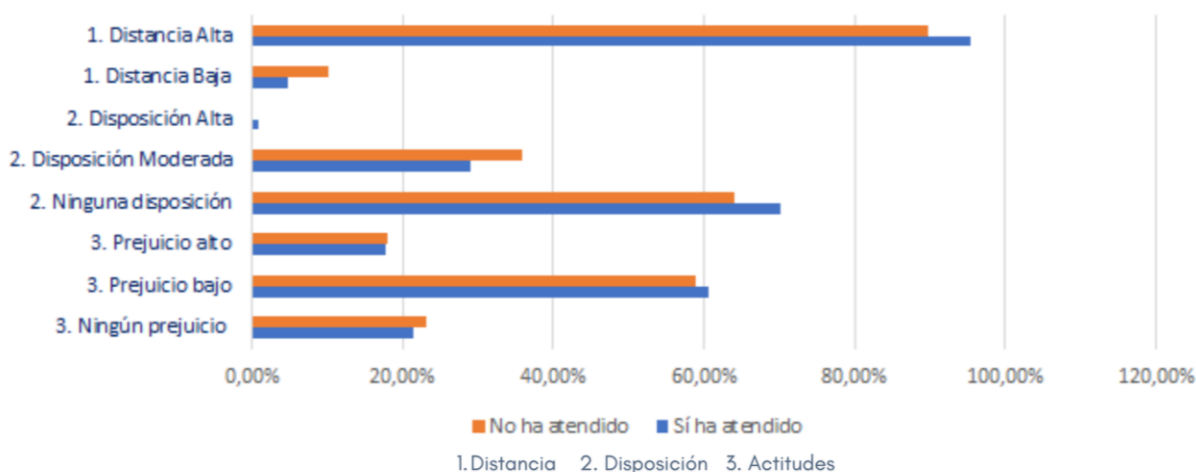
### Correlación entre variables

En la Figura 2 se muestran las correlaciones entre las variables *Atención Clínica*, *Distancia Social*, *Disposición* y *Actitudes*. Por otro lado, en la Tabla 5 se muestra la correlación entre las últimas tres variables mencionadas y *Edad* (*Mayores de 30* y *Menores de 30*).

**Figura 2**

*Atención Clínica y Distancia, Disposición y Actitud hacia la comunidad trans*

Figura 2



*Nota.* En la figura se muestran los porcentajes de los resultados obtenidos en cada subvariable de las variables principales (*Distancia, Disposición y Actitudes*). Fuente: Autoría propia.

**Tabla 5**

*Variables correlacionadas*

Variables	Subvariables		P valor	
	Sí ha atendido 107 (57,8%)	No ha atendido 78 (42,2%)		
<i>Actitudes hacia la comunidad</i>			0,96	
Ningún prejuicio	23 (21,5)	18 (23,1)		
Prejuicio bajo	65 (60,7)	46 (59,0)		
Prejuicio alto	19 (17,8)	14 (17,9)		
<i>Disposición</i>			0,43	
Ninguna disposición	75 (70,1)	50 (64,1)		
Disposición moderada	31 (29,0)	28 (35,9)		
Disposición alta	1 (0,9)	0 (0,0)		
<i>Distancia Social</i>			0,14	
Distancia baja	5 (4,7)	8 (10,3)		
Distancia alta	102 (95,3)	70 (89,7)		
		<b>Menores de 30</b> <b>136 (73,5%) (n=185)</b>	<b>Mayores de 30</b> <b>49 (26,5%) (n=185)</b>	

<i>Actitudes hacia la comunidad</i>			0,04
Ningún prejuicio	24 (17,6)	17 (34,7)	
Prejuicio bajo	86 (63,2)	25 (51,0)	
Prejuicio alto	26 (19,1)	7 (14,3)	
<i>Disposición</i>			0,03
Ninguna disposición	87 (64,0)	38 (77,6)	
Disposición moderada	49 (36,0)	10 (20,4)	
Disposición alta	0 (0,0)	1 (2,0)	
<i>Distancia Social</i>			0,77
Distancia baja	10 (7,4)	3 (6,1)	
Distancia alta	126 (92,6)	46 (93,9)	

*Nota.* La tabla muestra la correlación entre la variable *Atención Clínica* y *Actitudes*, *Disposición* y *Distancia*, y también la correlación entre las variables *Edad*, *Actitudes*, *Disposición* y *Distancia*. El P valor fue obtenido mediante la prueba del Chi-Cuadrado  
Fuente: Autoría propia.

En lo que respecta a la correlación de las variables *Atención Clínica* (Sí ha atendido y No ha atendido) y *Distancia*, *Disposición* y *Actitudes*, los resultados mostraron que, referente a la categoría *Actitudes* frente a la comunidad trans, la proporción de participantes que atendieron a pacientes trans y no presentaron ningún prejuicio hacia esta población es ligeramente menor (21,5%) a la de aquellos que no atendieron a personas de esta población (23,1%). Por otro lado, la proporción de aquellos que atendieron pacientes trans y presentaron un prejuicio alto (17,8%) es muy similar a la de aquellos participantes que no atendieron a pacientes trans y presentaron también prejuicio alto hacia esta población (17,9%). Cabe resaltar que las diferencias significativas no existieron en esta instancia ( $p=0,96$ ).

Siguiendo con la variable de *Disposición* (ver Figura 2), la proporción de aquellos participantes que atendieron a personas trans y no presentaron ninguna disposición hacia la población (70,1%) es mayor a la de aquellos participantes que no atendieron a personas trans y no presentaron tampoco ninguna disposición hacia esta población (64,1%). Además, la proporción de participantes que no atendieron a personas trans y presentaron una disposición moderada hacia esta población (35,9%) es mayor en comparación a la de los participantes que sí atendieron a personas de esta población y presentaron, igualmente, una disposición moderada hacia ellas (29,0%). Pese a esto, las diferencias no fueron significativas ( $p=0,43$ ).

Por su parte, el resultado de la correlación entre la variable *Edad* y *Distancia*, *Disposición* y *Actitudes* refleja que, con respecto a las *Actitudes*, la proporción de personas menores de 30 años que tuvieron prejuicios bajos hacia la comunidad trans (63,2%), es mayor

que la proporción de aquellos con más de 30 años que presentaron prejuicios bajos hacia la comunidad trans. Esta diferencia fue significativa ( $p=0,04$ ), por lo tanto, fue de suma relevancia para la discusión de la presente investigación.

En cuanto a la *Disposición*, el porcentaje de personas mayores de 30 años que no tuvieron una disposición hacia la comunidad trans (77,6%) es mayor que el porcentaje de personas menores de 30 años que no presentaron disposición alguna hacia la comunidad trans (63,2%). Al igual que la variable anterior, la diferencia fue significativa ( $p=0,03$ ) y, por ende, de vital importancia para la discusión de esta investigación (ver Tabla 7).

Finalmente, sobre la variable *Distancia Social* se obtuvo que la proporción de las personas mayores de 30 años que presentaron una distancia social alta hacia la comunidad trans (93,9%) es ligeramente mayor a la proporción de personas de menos de 30 años que presentaron una distancia social alta hacia la comunidad trans (92,6%). A pesar de que esta diferencia no fue significativa ( $p=0,77$ ), fue necesario tener en cuenta el resultado obtenido por las personas menores de 30 años que presentaron una distancia social alta hacia la comunidad trans y que concordaron con el resultado anterior obtenido por las personas que atendieron personas trans y que presentaron una distancia social alta hacia esta comunidad.

Referente a la categoría de *Distancia Social* (ver Figura 2), la proporción de los participantes que atendieron a personas de población trans y presentaron una distancia social alta hacia ellas (95,3%) es mayor a la de aquellos participantes que no atendieron a pacientes trans y presentaron una distancia social alta frente a esta población (89,7%). Sin embargo, sus diferencias no fueron significativas ( $p=0,14$ ). En este punto, cabe resaltar que los resultados referentes a las personas que atendieron personas trans y manifestaron una distancia social alta fueron significativos, puesto que fueron casi la totalidad de los participantes que atendieron a, al menos, una persona trans en un contexto clínico (ver Tabla 5).

## DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de comparar las actitudes, la disposición y la distancia social en la atención clínica a personas trans por parte de los y las estudiantes de pregrado y posgrado participantes en el presente estudio. Para ello, se organizará este apartado dando respuesta a cada objetivo específico para, posteriormente, responder a la pregunta de investigación, presentar las limitaciones, recomendaciones y conclusiones.

Con respecto al objetivo específico de describir la disposición y actitudes de los y las participantes en la atención clínica a personas trans, se pudo evidenciar que la mayoría de participantes no presentan disposición alguna hacia mencionada población. De acuerdo a esto se podría decir que, en su ejercicio profesional, no tienen una disposición específica hacia la población; por el contrario, son atendidos/as como los/las demás pacientes. Además, los prejuicios que presentan en general los y las participantes son bajos, es decir, no habría mayor probabilidad de discriminación hacia la comunidad trans en este contexto; por el contrario, se estaría más cercano a la empatía. Esto se evidencia en los ítems como el 11 (Si necesitara más información sobre cómo mejorar mis servicios para personas transgénero, puedo obtener esa información); en este, más de la mitad de los y las participantes (60%) consideran que pueden conseguir la información necesaria. También en el ítem 12 (Puedo proveer servicios de salud general a personas transgénero); en este, el 78,4% considera que logra dar servicios clínicos.

Los resultados anteriores, coinciden parcialmente con la mayoría de las investigaciones revisadas (Aylagas-Crespillo et al., 2017; Campo et al., 2014; Chárriez y Seda, 2015; Domínguez et al., 2018; Fajardo, 2017; Gleason et al., 2016; Lasso, 2014; Mejía y Benavides, 2008; Padilla et al., 2016; Palma y Orcasita, 2019; Profamilia, 2019; Ritterbusch et al., 2018; Roberts y Fantz, 2014; Snelgrove et al., 2012). Esto dado que en estos estudios se ha encontrado que los y las profesionales de la salud tienden a tener

actitudes negativas (78% en este estudio), prejuicios (17.8% en este estudio), disposiciones moderadas/altas (32.4% en este estudio) y distancia social (93% en este estudio) hacia la población trans. Cabe aclarar que, por mínimo que sea el porcentaje obtenido en el presente estudio, el que un(a) profesional de la salud tenga una mala disposición, afecta a todas las personas que sean atendidos por este/a profesional.

De hecho, según la teoría del comportamiento planificado de Azjen (1985) de la Psicología de la Salud, el principal factor que predice el cambio de conducta es la intención de cambiar. No obstante, esa intención está determinada por tres factores: las actitudes frente a la conducta, es decir, la valoración (positiva o negativa) que se hace sobre el comportamiento; la norma social, es decir, la presión social para llevar a cabo o no el comportamiento; y el control de acción, es decir, la autopercepción sobre ser capaz o no de llevar a cabo el comportamiento.

En este sentido, el comportamiento del o la profesional de la salud o ciencias sociales variará de acuerdo a la valoración que tenga(n) acerca de atender clínicamente a una persona trans o de género no binario; la presión social ejercida sobre este comportamiento, por ejemplo, la ética profesional de atender equitativamente a sus pacientes y, por último, si considera que puede atenderles, teniendo en cuenta, por ejemplo, la religión que profese (factores externos) o sus habilidades para ello (factores internos).

Ahora, estos aspectos han sido reforzados y promovidos no solo por el contexto disciplinar y académico de los y las estudiantes y profesionales, sino también a nivel social. De esta manera, socialmente se han construido ideas sobre cómo deben comportarse los y las profesionales de la salud y ciencias sociales, y se exige una especie de congruencia y correspondencia con su área de estudio (Narro-Robles et al., 2004). De hecho, Montaña et al. (2009) plantean que “la personalidad se puede configurar a partir de las exigencias, demandas y estímulos que ponen a prueba sus características individuales, que le permiten desempeñarse en la comunidad” (p.84), es decir, el individuo puede aceptar las valoraciones del entorno como propias (Rivero, 2013).

Asimismo, desde la Psicología Social, Bandura (1977) explica que los comportamientos se ven influidos por el ambiente, lo cual puede modificar las expectativas internas de la persona y, por ende, su manera de comportarse. Entonces, por ejemplo, un profesional de Psicología debería caracterizarse por una salud mental óptima. Esto se relaciona con una resituación de la identidad de la persona en la que la dimensión profesional configura una serie de expectativas y, a su vez, de exigencias por la influencia de la sociedad y/o el ambiente.

Igualmente, en ocasiones, las actitudes negativas entre los y las profesionales y sus pacientes trans pueden verse permeadas debido a sus respectivas representaciones sociales acerca de la identidad de género no binaria o trans. Lo anterior teniendo en cuenta que las representaciones sociales son aquellos conocimientos contruidos a partir de las experiencias y la información disponible y que se transmiten a través de la educación, tradición y comunicación (Rodríguez y García, 2007). Ahora bien, en relación con las actitudes, que es considerado por Allport (1935; 1968) como el concepto más importante de la Psicología Social, se tiene que estas pueden considerarse elementos que componen las representaciones sociales siempre y cuando ambas sean entendidas como esquemas con historias que están ligadas a la actividad social, la cultura y los valores (Perales-Quenza y Vizcaíno-Gutierrez, 2007).

En este sentido, las representaciones sociales de los y las profesionales de la salud pueden traducirse en actitudes negativas o positivas. Sin embargo, si estas resultan ser negativas, pueden provocar como consecuencia que las personas trans opten por no dirigirse a los servicios de salud y se autoformulen y, por ende, pongan en riesgo su vida (Aylagas-Crespillo et al., 2017; Campo et al., 2014; Chárriez y Seda, 2015; Domínguez et al., 2018; Estrada y García, 2010; Fajardo, 2017; Gleason et al., 2016; Mejía y Benavides, 2008; Lasso, 2014; Padilla et al., 2016; Palma y Orcasita, 2019; Profamilia, 2019; Ritterbusch et al., 2018; Roberts y Fantz, 2014; Snelgrove et al., 2012). De hecho, los estudios en comunidades trans refieren que es muy frecuente que las personas que desean hacer tránsitos físicos a partir del uso de hormonas, tienden a automedicarse, siguiendo recomendaciones de pares, amigos y consultando en la farmacia del barrio. Esto lo hacen dadas las barreras percibidas en el sistema de salud y el estigma y discriminación vicaria o vivida directamente por ellas (Hoyos y Concha, 2020; Hoyos y Valderrama, 2020).

De este modo, desde la Psicología Social, las actitudes y las representaciones sociales “constituyen el producto de las interacciones con el medio y permiten la orientación de los comportamientos” (Perales-Quenza y Vizcaíno-Gutierrez, 2007, p.352), es decir, promueven las expectativas en cuanto a su utilidad en la comprensión de las relaciones existentes entre el individuo y la sociedad. En esta investigación, lo anterior se comprende desde los resultados de las interacciones sociales que tienen los/las/les profesionales de la salud y ciencias sociales, los cuales son las actitudes y representaciones sociales, y cómo esas interacciones influyen directamente en sus respectivos comportamientos, ya sea positivo o negativo.

Por otro lado, una de las causas de que los y las participantes de esta investigación pudieran presentar prejuicios bajos y tiendan a atender a la población trans sin ninguna

disposición es que más de la mitad (53,5%) se ha formado en temas de diversidad sexual y de género. Esto permite evidenciar que hay cierto nivel de consciencia e interés por parte de los y las mismos/as por brindar una atención segura, oportuna y de alta calidad hacia la población trans. No obstante, también se puede deber a que, en su formación académica, tuvieron alguna asignatura relacionada con el tema.

Es por lo anterior por lo que resulta importante generar una mirada crítica y reflexiva sobre la problemática que viven las personas trans, conocer acerca de sus necesidades para que los y las profesionales de la salud sigan teniendo actitudes positivas hacia mencionada población en la atención clínica. De este modo, no solo se mantendría el bienestar y la salud de las personas trans, sino que se promovería la actualización profesional según los cambios sociales que han permeado la realidad de las diferentes poblaciones diversas y vulnerables, como la trans.

Asimismo, este factor es relevante puesto que se puede relacionar con el interés o motivación intrínseca de los y las profesionales por mantener sus conocimientos actualizados y apropiados para todos sus consultantes; o, por otro lado, han tenido asignaturas que hacen parte de sus programas de formación obligatoria. Otra causa puede ser la necesidad de los profesionales de sentirse con herramientas y conocimientos adecuados para tener confianza en sí mismos y en su ejercicio profesional (Campo et al., 2014; Domínguez et al., 2018; Lasso, 2014; Mejía y Benavides, 2008; Sacsá, 2019; Profamilia, 2019). Por lo tanto, cabe la posibilidad de que lo anterior se relacione con la vocación del profesional en su ocupación.

Ante lo anterior, es necesario mencionar que el término *vocación profesional* se define como “sentimiento que corresponde al proyecto de ser. Se expresa como deseo o inclinación por dedicarse a una actividad, ocupación o profesión específica en la vida” (Perales et al., 2013, p.296). Además, se debe tener en cuenta que la vocación está relacionada con ciertos factores, tales como: la elección de esa vocación entre las demás, el interés por aprender y el interés económico, de prestigio y ascenso social (Perales et al., 2013).

Otra posible causa que se puede relacionar con estos resultados es que el 57,8 % de los y las participantes han atendido a población trans, lo que, al haber tenido una experiencia previa, puede generar una tendencia a aminorar prejuicios y disposiciones negativas. Esto puesto que han adquirido más conocimientos sobre las necesidades, procedimientos y problemáticas de la población mencionada, lo cual coincide con el estudio realizado por Ramos et al. (2017). En dicho estudio, los/las estudiantes de medicina, al conocer la situación

de las personas trans, tuvieron más intenciones de ofrecer servicios de salud hacia esta población.

Además, se ha comprobado que cuando se tiene un acercamiento hacia un evento o situación en el que se aumente un sentimiento de agrado bienestar, hay mayor probabilidad de que influya en nuestro comportamiento hacia esta situación en particular (Esteban et al., 2020a). En este caso, lo anterior se enlaza a cómo los y las profesionales de la salud que sí han atendido a personas trans y han conocido su historia, tienden más a la empatía, a diferencia de los profesionales que no han tenido un acercamiento con esta población.

Otro aspecto importante a tener en cuenta que puede estar relacionado con estos resultados es que actualmente el sistema de salud ha tratado de implementar y hacer visible las diferentes políticas que tienen en cuenta las necesidades y protocolos en atención de la población LGBTIQ+, como la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014); los Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para las personas LGBTI del UNFPA (2019) y el informe investigativo *¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans?*, dirigido a las personas trans que realizó Profamilia (2019). Ahora, si bien estas políticas han salido en los últimos seis años, pueden haber generado un impacto en la manera en cómo se debe atender a la población trans, brindándole herramientas y conocimientos a los profesionales de la salud y ciencias sociales.

Adicionalmente, existen políticas y modelos como PAIS, las cuales velan por el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. MIAS, la cual vela porque haya integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y de los territorios en los que se desarrollan y RIAS, la cual brinda una herramienta explícita de cada fase en el proceso de atención en salud (Ministerio de Salud, 2016). Las políticas mencionadas anteriormente son la base fundamental de dicha atención en salud, por lo cual deberían ser primordiales para todos los profesionales de la salud. No obstante, es importante y necesario que a dichas políticas nacionales se les agregue ese punto diverso y el enfoque diferencial teniendo en cuenta las necesidades de cada población específica.

Los elementos mencionados relacionados con la vocación, la experiencia previa en el tema, la actualización profesional y la mayor visibilidad en el escenario de políticas públicas podrían incidir en una disposición positiva hacia la comunidad por parte de los participantes en el estudio. Al respecto, también se considera que un último factor que puede estar

relacionado es precisamente uno que se integra con estos últimos: los derechos sexuales y derechos reproductivos, como derechos humanos, y la exigencia a una atención en salud que refleje el enfoque diferencial y de género (Hoyos y Valderrama, 2020; Hoyos y Concha, 2020). De esta manera, las instituciones de la salud y los profesionales que trabajan en ella deben regirse por esos lineamientos y ofrecer una atención transformativa.

Con respecto al objetivo de establecer la distancia social reportada, se encontró que el 93% de los y las participantes obtuvieron altos niveles de distancia social hacia la comunidad trans. De acuerdo con esto, es importante tener en cuenta que el instrumento utilizado para medir la variable de distancia social está orientado al contexto social más que a la práctica clínica profesional, a diferencia de los instrumentos utilizados para medir actitudes y disposición en los que se obtuvieron resultados positivos hacia las personas trans. Algunos de los ítems en el que se evidencia este contexto social son el 20 (Viviría en la misma habitación con un hombre que se vista de mujer) y el 24 (Viviría bajo el mismo techo con un hombre transexual o transgénero que todavía parezca mujer físicamente).

Esta diferencia de contextos, entre el ámbito personal y el profesional, podría relacionarse con la responsabilidad ética y la presión sociocultural ejercida en cada escenario observando que en el contexto profesional prevalece el reconocimiento por el buen ejercicio y el servicio que se presta. Sin embargo, en lo que respecta a la vida personal, la presión sociocultural es menor, puesto que la vida personal es más privada y de menor acceso al público en general. Estos resultados coinciden con Francia-Martinez et al. (2017), quienes hicieron un estudio en el que se encontró que los/las psicólogos/as y estudiantes graduados/as presentaban prejuicios bajos. Sin embargo, en situaciones en las que tuvieran que compartir espacios (como vivienda) con las personas trans, se reflejaba cierto nivel de estigma y prejuicio.

Además, lo anterior puede relacionarse también con la norma social, la cual es entendida como una amenaza para actuar o abstenerse de actuar; esta tiene dos variantes: una incondicional, en el caso en que solo existan dos posibilidades, es decir, se hace o no se hace; y una condicional, en cuanto a que el acto en sí puede conllevar o no a una consecuencia específica (Plancarte, 2015). En este orden de ideas, lo anterior puede enlazarse con las respuestas dadas por los y las participantes, optando por hacer o decir lo que está dentro de la norma social aceptada y, de este modo, evita ser aislado y sentir vergüenza de sí mismo.

De acuerdo con estos resultados, se logra observar que los y las profesionales tienden a delimitar su comportamiento dependiendo del contexto. Esto puesto que las personas somos una totalidad, la cultura ha sido permeada por no mezclar los asuntos personales con los

laborales, más en el área de salud, en la que la ética profesional de cada profesión sugiere y exige que se mantenga la objetividad en la prestación de los servicios. Si bien, una explicación que se puede dar de este cambio de comportamiento es que las personas pueden hacer una separación entre sus creencias y sus comportamientos, lo cual se evidencia en sus actitudes. Esto puesto que hay algunas actitudes que pueden ser más fuertes que otras, dado que para que una actitud sea fuerte, se debe tener un equilibrio entre lo cognitivo, afectivo y comportamental; de lo contrario, será débil si existe un desequilibrio entre estos componentes (Strangor, 2012).

De hecho, en este caso, podría decirse que el componente que más prevalece en los y las participantes a la hora de brindar una atención clínica a las poblaciones trans, es el cognitivo, debido a que prevalece primero las expectativas, creencias y significados sobre el buen ejercicio profesional, lo cual deja un interrogante sobre la manera en la que los y las profesionales de la salud dan manejo a su parte afectiva y qué implicaciones tiene para cada uno.

Otra explicación que se puede dar con respecto a estos resultados, es que los y las participantes respondieron de acuerdo a lo que se esperaría de su profesión y no a lo que realmente piensan y sienten; esto se denomina deseabilidad social, variable que no se midió en esta investigación, pero que también ha estado presente en los resultados de otras investigaciones (Antioucci, 2016; Fajardo, 2017; Marques, 2015; Padilla-Rodríguez, 2017; Vance et al., 2015), y que en estudios de autorreporte es muy probable que suceda.

De hecho, Domínguez et al. (2012) plantean una definición que integra lo dicho por diversos autores sobre este concepto a través de una revisión literaria, concluyendo que la deseabilidad social “se concibe como un sesgo en la tendencia de respuesta cuyo objetivo es dar una imagen positiva de uno mismo conceptuándose más ampliamente como una tendencia a la mentira o al engaño” (p.809). Por tanto, esto mostraría una aproximación matizada de las disposiciones, actitudes y distancia social. Lo anterior radica en que algunas de las opciones de respuesta en ciertos ítems son socialmente más convenientes o deseables que otras, por lo que algunos de los y las participantes pueden dar, a propósito, una imagen distorsionada de sí mismos escogiendo siempre a las opciones de respuesta socialmente más deseables de cada reactivo (Ferrando y Chico, 2000).

Asimismo, se puede evidenciar la importancia cultural que tiene la sociedad, el qué dirán y la ética para los y las profesionales de la salud y ciencias sociales. De hecho, según Azjen y Fishben (1980), en la Psicología de la Salud, la deseabilidad social está ligada a la norma social, es decir, la presión social, uno de los factores que influye en el comportamiento

de un individuo y en el cambio del mismo, por lo que ambos conceptos podrían relacionarse con los resultados de la presente investigación.

Se puede evidenciar el efecto de este fenómeno en el contexto laboral, que se puede relacionar con el síndrome de burnout el cual se define como “un estado de alteración emocional cuyo origen es ocupacional y está caracterizado por los síntomas de agotamiento emocional, falta de eficacia profesional e indiferencia” (Fernández y Merino, 2016, p. 85). Teniendo en cuenta lo anterior, cabe resaltar que puede existir una fuerte relación entre discapacidad y dos componentes del síndrome de burnout: agotamiento emocional e indiferencia.

Por lo anterior, se debe destacar un hecho relevante, y es que las preocupaciones personales del individuo se pueden relacionar, en mayor medida, a respuestas socialmente deseables que las preocupaciones generadas por su contexto social y político (Fernandez y Merino, 2016). Por lo tanto, dichas preocupaciones pueden generar un aumento en el trabajo continuo y sin descanso del trabajador y, como consecuencia, una disminución de los recursos emocionales. Además, cabe la posibilidad de que este fenómeno genere una distancia entre el/la profesional y su trabajo, lo cual podría estar relacionado con la disminución en la calidad de su trabajo, su atención a los clientes y su satisfacción con el trabajo.

Otra posible causa que se puede considerar en lo que respecta a los altos niveles de distancia social que se presentaron en los y las participantes es la religión. Esto puesto que más de la mitad de los y las participantes pertenecen a una afiliación religiosa, principalmente, la católica (57.3%) y al cristianismo (9.2%). Ante esto, Azjen (1985), experto en el campo de la Psicología de la Salud, plantea que el control de acción si bien es un factor que determina el comportamiento de una persona, se va a deber a componentes internos, como las habilidades, pero también a componentes externos, como las creencias religiosas. Además, se conoce que en la religión se mantienen creencias que tienden a la cisgéneronormatividad y en las que se señala a las personas que se salen de la misma. Esto influye en el comportamiento de las personas a la hora de enfrentarse a situaciones que no son acordes con sus creencias, ya que esta hace parte de su vida personal (Godoy et al., 2013; Villasana et al., 2013).

Otro interrogante que queda en los y las profesionales de la salud es sobre cuál es la importancia de la empatía en su ejercicio profesional y su ámbito personal, debido a que, a mayor distancia, menor es la probabilidad de mostrar dicha habilidad hacia una población; en este caso, a la trans (Esteban et al., 2020a). De acuerdo con esto, los y las participantes de

esta investigación pueden tender a no mostrar empatía genuina hacia la población trans, lo cual puede generar un servicio de salud que no es de calidad y no genera bienestar al consultante o al profesional que lo ofrece. Esto trae implicaciones para ambas partes: para los consultantes puede generar una resistencia para volver a acudir a los servicios de salud y en el profesional saber que no tiene las habilidades necesarias para atender a esta población.

Por lo anterior, es importante entrar a profundizar en la formación académica que se les brinda a los y las profesionales, conocer cuál es la manera en la que se les enseña en el momento de atender a población diversa, pues se ha identificado que aún se mantiene una mirada patologizante hacia la población trans, lo que ha llevado a que esta población siga presentando resistencias frente a los profesionales de la salud (González, 2020a; González y Novoa, 2019; Mendoza, 2019, Ritterbusch et al., 2018).

En cuanto al objetivo de identificar relaciones entre la edad y las disposiciones, actitudes y distancia social de los y las participantes, es importante recordar que se segmentó la edad en mayores y menores de 30 años. Por esto, se encontró que las personas menores de 30 años presentan mayores porcentajes en prejuicios (82.3%) y disposiciones (36.0%) hacia la población trans que las personas mayores de 30 años, quienes obtuvieron, 65,3% y 22,4% respectivamente. A diferencia de la relación de edad con la distancia social, se encontró que para ambos grupos de edades se obtuvieron porcentajes similares en distancia alta, algunas de las posibles causas se mencionaron anteriormente.

Una de las posibles causas de estos resultados puede ser que las personas mayores de 30 años han tenido mayor experiencia brindando atención clínica a lo largo de su trayectoria profesional, a diferencia de los menores, quienes apenas pueden estar iniciando su ejercicio profesional. Por esto, se demuestra y coincide con algunos estudios en cuanto a que unos de los factores importantes son la experiencia en la práctica clínica y los conocimientos que se tengan respecto a las necesidades, particularidades y problemáticas de la población trans (Campo et al., 2014; Domínguez et al., 2018; Lasso, 2014; Mejía y Benavides, 2008; Profamilia, 2019; Sacsa, 2019).

Otra posible causa de que las personas mayores de 30 años hayan presentado menores niveles de prejuicios y disposición es debido a que su conducta puede estar regulada, principalmente, por las normas establecidas a la hora de ejercer su profesión. Esto permite que conozcan sus derechos y obligaciones tanto como profesionales como con la sociedad y las consecuencias que pueden acarrear al vulnerarlos, como recibir sanciones o incluso la pérdida de su tarjeta profesional (Narro-Robles et al., 2004).

De acuerdo con lo anterior, estos resultados dejan un interrogante sobre la educación que se le brinda a los y las profesionales de la salud en las instituciones de educación superior en temas sobre diversidad sexual y de género. Lo anterior pues, si bien se evidenció que de los y las participantes que se formaron sobre las temáticas mencionadas, es decir, el 53,5% de la muestra, el 56.8 % de estos fue por métodos como instituciones gubernamentales, plataformas digitales, ONG o fundaciones, entre otros y solo el 26.5 % se formó en instituciones educativas, sin mencionar si fue un taller o una asignatura que comprenda su plan de estudios profesional.

No obstante, son pocas las instituciones que cuentan con pένsumes en los que se aborden temas de diversidad sexual y de género, lo cual concuerda con estudios realizados con profesionales de la salud en los que se menciona que durante la formación profesional no hubo contenidos que los y las capaciten para la atención de la población trans (Albuquerque et al., 2016; Builes et al., 2017; Chislom et al., 2018; Godoy et al., 2013; Farji, 2018; Francia-Martínez et al., 2017; Parkhill et al., 2014; Sacsá, 2019; Snelgrove et al., 2012; Ramos et al., 2018; Vance et al., 2015; Villasana et al., 2013; Vizcaíno et al., 2019; Zaldúa et al., 2015; Zapata et al., 2019).

Por otra parte, teniendo en cuenta la hipótesis postulada, la cual menciona que, a menor edad y trayectoria clínica, mayor disposición y actitudes positivas en los procesos de atención en salud a personas trans, y los resultados obtenidos, se halló que las personas mayores de 30 años tienen más actitudes y disposiciones favorables hacia la comunidad trans finalmente, a diferencia de los menores de 30 años; es por lo anterior que dicha hipótesis se rechaza. De acuerdo con esto, no puede asumirse que el momento, contexto histórico o época en el que están creciendo cronológica, personal y profesionalmente los y las participantes sean variables determinantes para definir la calidad de atención clínica que ofrecen a las personas trans.

Como investigadoras, se consideró que, si bien es importante tener en cuenta que la cultura colombiana ha sido marcada por mantener un modelo hegemónico en cuanto al género y su expresión, actualmente existen herramientas, como los movimientos sociales, la globalización y el desarrollo de la tecnología, que han permitido conocer las realidades de las personas que pertenecen a la población LGBTIQ+, lo cual puede influir directamente en la formación profesional y personal.

Ahora, para concluir y responder la pregunta principal de este estudio se tiene que, primero, las actitudes y disposiciones de la gran mayoría de los y las participantes no presentan prejuicios altos o disposición hacia la población trans. Sin embargo, este

comportamiento puede variar según la valoración que se tenga acerca de atender clínicamente a una persona trans o de género no binario y otros factores asociados, como la presión social y el deseo de cambiar de comportamiento.

Segundo, la distancia social alta está presente en los y las participantes, teniendo en cuenta que está relacionada con distintos factores, como el cambio de contextos entre lo personal y lo profesional, la responsabilidad ética, la deseabilidad social relacionada a la norma social y la presión sociocultural y, finalmente, con componentes internos de la persona, como las creencias religiosas.

Tercero, las actitudes, las disposiciones y la distancia social se relacionan con la edad teniendo en cuenta que las personas mayores a 30 años presentaron menores niveles de prejuicios y disposición, a diferencia de los menores de 30 años. Esto puede ser debido a que los primeros tienen mayor experiencia brindando atención clínica a personas trans durante su trayectoria profesional. Sin embargo, hay que tener en cuenta dos factores: primero, el momento, época o contexto social en el que el o la profesional haya vivido no es un factor determinante para asumir que tengan o no prejuicios hacia las personas trans. Y, segundo, actualmente existen herramientas que han permitido adquirir mayor conocimiento sobre las realidades de esta población, como los movimientos sociales, la globalización y el desarrollo de la tecnología.

Teniendo en cuenta lo expuesto y analizado anteriormente, cabe mencionar las tres grandes limitaciones que pudieron afectar la validez del estudio: primero, la deseabilidad social relacionada a las respuestas dadas por los y las participantes; segundo, la virtualización de la aplicación del instrumento debido a la pandemia por Covid-19 y, tercero, el autorreporte como instrumento para la recolección de datos.

En este orden de ideas, este estudio pudo verse sesgado debido a la deseabilidad social que se interpone al responder el cuestionario, debido a que representa una necesidad de aprobación social. No obstante, según Domínguez et al. (2012), a pesar de que debe considerarse como un componente de la estructura psíquica de las personas que le permite adaptarse a un ambiente social, la deseabilidad social debe evitarse en las mediciones o aplicaciones de escalas, pues las respuestas podrán tender a lo deshonesto, a pesar de reiterar que no habría respuestas erradas o correctas. Lo anterior se ejemplifica en los ítems 3 (Creo inadecuado que una persona transgénero asista a una actividad donde haya niños/as); el 5 (Me sentiría confiado/a que mis hijos/as tuvieran un profesor transgénero) y el 9 (Compartiría mi oficina con un/a profesional transgénero).

Por lo tanto, para futuras investigaciones es de vital importancia tener en cuenta esta variable para así poder conseguir resultados más cercanos a la realidad. Para esto, se recomienda complementar los instrumentos utilizados de manera que den cuenta del nivel de deseabilidad social de los y las participantes por medio de procedimientos de evaluación y medición, e incluso de metodologías mixtas que permitan triangular los datos y tener una mayor aproximación a las representaciones sociales e imaginarios colectivos de esta población. Esto con el fin de saber en qué medida los resultados se encuentran alterados o sesgados por este factor.

Para lo anterior se recomiendan dos estrategias específicas: primero, informar a los evaluados la importancia de ser honestos y hacer énfasis en la confidencialidad de las respuestas, dado que no es posible asociar las respuestas con las personas y que, por tanto, haya mayor confianza a la hora de responder; o, segundo, según Salgado (2005), elaborar baremos basados en muestras de solicitantes, lo cual significa baremar las puntuaciones de los evaluados después de crear un baremo confeccionado con muestras de solicitantes en vez de una muestra de la población en general.

Por otro lado, respecto a la virtualización a raíz de la pandemia por Covid-19, como investigadoras, se vio la necesidad de modificar o eliminar algunos criterios de inclusión, como la obligatoriedad de haber atendido clínicamente a una persona trans en el último año, criterio que fue eliminado. Asimismo, se debió virtualizar la aplicación del instrumento, en lugar de hacerlo físicamente haciendo entrega del material y pidiendo a los y las docentes un espacio en sus clases para que los y las estudiantes lo diligenciaran. Se reconoce como limitación debido a que se enviaron numerosos tipos de difusiones (correos, publicaciones y mensajes directos internos por redes sociales digitales), pero no hay manera de saber a cuántos y quiénes recibieron esta información.

Por consiguiente, lo recomendado es recurrir a plataformas que permitan enviar la prueba/cuestionario y llevar el seguimiento y reporte de cada uno de los y las participantes y sus respectivos resultados. Un ejemplo de esto, aunque se aleja del contexto y la problemática, sería la plataforma de pruebas psicotécnicas para uso de organizaciones, OUTMATCH, la cual emplea un procedimiento parecido. Lo anterior teniendo en cuenta que la tecnología, la transformación digital de la investigación y sistemas y diversas plataformas permiten acceder a una mayor población sin perder rigurosidad o validez. Además, entendiendo la situación debido a la alerta sanitaria a nivel mundial desde el año 2019, es necesario comprender que el proceso investigativo requiere de flexibilidad y adaptación al

cambio. Para esto, es necesario tener en cuenta que el protocolo inicial de la investigación puede requerir ajustes, sobretodo a nivel procedimental.

La última limitación está asociada al autorreporte como instrumento para recolectar datos; esto debido a que este método tiene en cuenta únicamente la perspectiva de los y las participantes, sin cabida a una información completa y objetiva. Por esto, se recomienda que las futuras investigaciones sean de tipo mixto, puesto que esto permitiría contrastar los resultados cuantitativos de los instrumentos con la voz de los candidatos a través de grupos focales o entrevistas individuales. Lo anterior pues los estudios mixtos permiten triangular la información y, de este modo, aumentar su validez. Además, este tipo de estudio permitiría ampliar la información de los datos recogidos con los instrumentos. Por ejemplo, indagar la comodidad y satisfacción de los estudiantes con la institución académica y la formación profesional recibida por esta.

Adicionalmente, se recomienda a los y las profesionales y futuros profesionales, continuar con la actualización de conocimiento del área de la salud, teniendo en cuenta los cambios sociales en los que se encuentra inmerso el ser humano y que la atención que brindan repercute directamente en el bienestar psicológico y físico de las personas. Esto con el objetivo de derrumbar las barreras que afectan la salud de las personas trans, quienes están expuestas a diversos padecimientos psicológicos (como ansiedad y depresión) debido a que no siempre reciben una atención clínica alta en calidad (Estrada y García, 2010).

Además, se recomienda a estos/as profesionales instruirse y formarse en temas de diversidad sexual y de género para lograr conocer las diferentes necesidades que viven estas poblaciones y cómo brindarles una atención de calidad e integral. Esto pues se ha evidenciado en diversas investigaciones mencionadas que, al tener ese conocimiento, se genera mayor empatía hacia esta población.

Asimismo, se sugiere a los/las profesionales que exijan en las instituciones educativas y de la salud contenidos sobre la temática anteriormente mencionada y sobre las políticas de atención en salud que rigen el país, como PAIS y MIAS. De esta manera, al existir mayor educación y rutas de atención más clara en la población, se puede generar mayor protección de los derechos de las comunidades trans y con identidades de género no hegemónicas. A nivel gubernamental, por ejemplo, a nivel de las secretarías de salud pública municipal y departamental, se pueden ir clarificando los lineamientos y mecanismo de veeduría, control y vigilancia para el cumplimiento óptimo de la atención para comunidades denominadas vulneradas.

Igualmente, es importante generar una mirada crítica sobre las actitudes propias que se tienen frente a esta población, con el fin de identificar si existen ideas, pensamientos que generan resistencia y se vea reflejada en la atención. Lo anterior con el objetivo de buscar herramientas que permitan transformar estas ideas para lograr tener un acercamiento empático y genuino hacia la población LGBTIQ+.

De igual forma, se recomienda a las instituciones de educación superior contar con planes de estudio más completos respecto a los temas claves sobre diversidad sexual y de género, especialmente, en la diferencia entre sexo, género, identidad de género, identidad sexual y orientación sexual; abordar las barreras que tiene la población trans al acceder a los servicios de salud y sobre los procesos de transformación corporal por los que deben pasar. Además, se sugiere que una estrategia para generar un aprendizaje significativo en los estudiantes es poder contar con personas de la población LGBTIQ+ que deseen contar su experiencia de vida y, de este modo, generar sensibilización ante la población y sus problemáticas. De esta manera, se formarían profesionales preparados/as para dar una atención de alta calidad, digna y empática a la población trans (Godoy et al., 2013; Sen, 2002; UNFPA, 2019; Villasana et al., 2013).

Además, se sugiere a las instituciones brindar una formación integral en la que no solo prime el conocimiento, sino también el ser; permitiendo que los/las/les profesionales de la salud y ciencias sociales tengan una mirada crítica sobre su quehacer como profesional y como persona, logrando que haya coherencia en ambos ámbitos.

Igualmente, sería importante que las instituciones educativas generen espacios en los que los/las/les estudiantes puedan resolver dudas, inquietudes o quieran conocer más sobre los temas de diversidad sexual y de género. Estos espacios podrían ser grupos investigativos, foros, asignaturas del núcleo fundamental del pñsum, entre otras herramientas. Por esta razón, se presentará este estudio a los decanos y decanas de las facultades de salud y ciencias sociales y humanidades de una universidad privada de Cali, con el fin de hacer conocida la problemática social que no es ajena a la institución educativa, teniendo en cuenta que el 43,5% pertenece a dicha universidad.

Por esto, se sugiere realizar un estudio únicamente de la institución para profundizar la problemática y caracterizar la población de estudiantes con el objetivo de identificar oportunidades de mejora y fortalezas presentes en la institución, la formación y metodología utilizada en las clases. Lo anterior acompañado de encuestas de satisfacción y campañas publicitarias para incentivar la participación en la retroalimentación a la institución. Para efectos de esto, las investigadoras plantean un esquema en forma de gráfico informativo (ver

Anexo 5) que recopila la información primordial obtenida y discutida en esta investigación (objetivo principal, proporción de muestra de la institución educativa, conclusiones y recomendaciones para la institución), para generar conciencia sobre las temáticas que faltan por abordar en las carreras de las facultades de salud y ciencias sociales de dicha universidad y así lograr ahondar en los diferentes aspectos requeridos.

Además, se hace necesario hacer recomendaciones a la población LGBTIQ+ en relación con las valoraciones en la atención clínica y a los y las profesionales que atienden población trans respecto a cómo hacerlo teniendo en cuenta los componentes cognitivos, emocionales y comportamentales.

Entonces, como investigadoras, recomendamos a la población LGBTIQ+ que, si bien han alcanzado objetivos referentes al reconocimiento de los derechos vulnerados, deben continuar haciendo visibles sus necesidades y conquistando más derechos comprendiendo lo difícil de los cambios sociales en un país en el que la cisheteronormatividad se encuentra tan arraigada. Esto pues si bien han generado un impacto y han logrado ser reconocidos en muchos aspectos, en el área de la salud se deben perfeccionar los derechos para lograr que exista una verdadera equidad entre la población LGBTIQ+ y la heterosexual. Lo anterior para lograr que la atención clínica sea un espacio y momento en el que puedan sentirse seguros/as/es y confiados/as/es de que van a recibir una atención de calidad y humanizada. Por tanto, es importante que sigan conociendo las leyes que los/las/les cobijan, apropiándose y conociendo los procesos que se deben realizar para recibir una atención integral y transegura.

Por último, es pertinente hablar sobre los interrogantes que surgen a partir de los resultados y las interpretaciones presentadas en este estudio. Muchas de estas están ligadas o relacionadas más al ámbito académico que al contexto clínico profesional; por ejemplo: ¿qué factores están implicados en la actualización académica de los profesionales de la salud y ciencias sociales? Esto con el fin de conocer por qué razón los profesionales deciden continuar informándose en temas sociales que se ven implicados en el campo de la salud, como la diversidad sexual y de género.

Además, se sugiere indagar más en los aspectos personales o rasgos de la personalidad de los y las profesionales de la salud, lo cual permite ampliar el panorama de la problemática actual; por ejemplo, adherencia a la norma, vocación profesional y empatía. Puesto que, si bien en el contexto clínico profesional no se encontraron mayores dificultades o resultados negativos, es cierto que respecto a la vida personal aún hay muchas interrogantes, suposiciones e hipótesis respecto al tema.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que cada persona está inscrita en un contexto sociocultural con normas establecidas e individuos y grupos sociales que influyen no solo en la evaluación que hace dicho individuo de los fenómenos sociales, sino en las actitudes que toma ante estos. Además, esas actitudes serán notadas por los mismos individuos y grupos sociales que ejercen la presión social, por lo que las actitudes que se tomen, repercutirán directamente en cómo es percibido el individuo (Allport, 1935; 1968).

Finalmente, se parte de la relación integrada y multideterminada de las actitudes y disposiciones que tienen los individuos hacia otras personas, comunidades o prácticas de atención en salud. Si bien son muchos los factores que están asociados, la presente investigación reconoce cómo las construcciones sociales en las que han estado inmersos los y las participantes de este estudio da cuenta de cómo los diferentes actores de la sociedad moldean esas actitudes y disposiciones, y se vivencian en escenarios como el que se estudió aquí: los contextos de atención en salud. Además, se podría afirmar que los procesos de socialización a lo largo de la vida moldean a las personas y esas expectativas, normas sociales percibidas y estándares de ser reconocidos como profesionales son muy relevantes en los comportamientos o acciones que ejercen.

## REFERENCIAS

- Albuquerque, G., Lima, C., Silva, G., Alves, M., Moreira, J., Figueredo, F., Silva, L., Barbosa, V., Silva, E., Engracia, V., De Abreu, L. & Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2), 1-10.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2015). Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2016-2019. <https://www.cali.gov.co/documentos/1545/plan-de-desarrollo-municipal-2016-2019/>
- Allport, G. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology* (pp. 798-884). Worcester: Clark University Press.
- Allport, G. (1968). The historical background of modern social psychology. En G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology* (pp. 1-80). Addison-Wesley.
- American Psychological Association [APA]. (2011). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. Comunicaciones Públicas y de Afiliados de la APA, 1-6.
- 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, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Humadoc. <http://humadoc.mdp.edu.ar:8080/handle/123456789/537>
- Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso* (204). [https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_204.pdf](https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf)
- Aylagas-Crespillo, M., García-Barbero, O. & Rodríguez-Martín, B. (2017). Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies. *Enfermería Clínica*, 28(4), 247-259. [https://www.researchgate.net/publication/323271090\\_Barriers\\_in\\_the\\_social\\_and\\_healthcare\\_assistance\\_for\\_transgender\\_persons\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_qualitative\\_studies](https://www.researchgate.net/publication/323271090_Barriers_in_the_social_and_healthcare_assistance_for_transgender_persons_A_systematic_review_of_qualitative_studies)
- Azjen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. En J. Kuhl & J. Beckmann (Ed.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp.11-39). Springer.
- Azjen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior* [Comprendiendo las actitudes y prediciendo la conducta social]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff: Prentice Hall.

- Baron, R. & Byrne, D. (1994). *Social psychology: Understanding human interaction* (7th. ed.) [Psicología Social: comprensión de la interacción humana (7ma. edición)]. Allyn and Bacon.
- Berredo, L. (2011). *Dificultades Administrativas enfrentadas por las personas Trans en la Región Metropolitana de Chile* [Tesis de pregrado, Universidad Academia Humanismo Cristiano]. Archivo digital.  
<http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2188>
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. En Viveros, M. y Garay, G., *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (130-141). Centro de Estudios Sociales.
- Builes, M., Anderson, M. y Aragón, B. (2017). Devenir otro: transformaciones del terapeuta que atiende a parejas lesbianas y gays. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 12-21. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-devenir-otro-transformaciones-del-terapeuta-S0034745016300300>
- Bustamante, M. y Garrido, C. (2019). Discriminación hacia personas transgénero: desafíos para un trabajo social en derechos humanos. *Intervención*, 9(1), 79-98.  
<https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/72>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Campo, A., Oviedo., H. y Herazo, E. (2014). Estigma y discriminación a profesional de la salud transgénero. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 41-45.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43693>
- Cárdenas, M. & Barrientos, J. (2008). Explicit and Implicit Attitudes toward Gay Men in a University Sample in Chile. *Psyche*, 17(2), 17-25.  
[https://www.researchgate.net/publication/285900360\\_Explicit\\_and\\_implicit\\_attitudes\\_toward\\_gay\\_men\\_in\\_a\\_university\\_sample\\_in\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/285900360_Explicit_and_implicit_attitudes_toward_gay_men_in_a_university_sample_in_Chile)
- Chárriez, M. y Seda, J. (2015). Los servicios de apoyo a las personas transgénero: Una realidad imperceptible. *Revista Griot*, 1(8), 73-84.  
<https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1500>
- Chisolm, M., Willging, C., Daul, A., McNamara, S., Sante, S., Shattuck, D. & Crandall, C. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183-188. 10.1016/j.annemergmed.2017.09.042
- Colombia Diversa. (2010). Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGTB.

- Córdova, H. (2020). Hacía un breve glosario queer: algunas nociones acerca del género, la sexualidad y la teoría queer. *Análisis*, 52(96), 95-121.  
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/analisis/article/view/5326>
- De Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo I*. Siglo Veintiuno.
- [https://www.segobver.gob.mx/genero/docs/Biblioteca/El\\_segundo\\_sexo.pdf](https://www.segobver.gob.mx/genero/docs/Biblioteca/El_segundo_sexo.pdf)
- Domínguez, A., Aguilera, S., Acosta, T., Navarro, G. y Ruiz, Z. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808 - 824.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3589/358933342005.pdf>
- Domínguez, C., Ramírez, S. y Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296-30.  
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2404>
- Esteban, C., González-Rivera, J. A., Francia-Martínez, M. y Lespier, Z. (2020). Desarrollo de instrumentos para medir actitudes hacia la comunidad trans: Análisis preliminares. *Revista Evaluar*, 20(1), 64-78. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Esteban, C., González-Rivera, J. A., Francia-Martínez, M. y Lespier, Z. (2020). Desarrollo y validación de la escala de distancia social hacia personas trans. *Revista Evaluar*, 20(1), 33-45. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/28477>
- Estrada, J. y García, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad el VIH/sida en mujeres transgénero en Colombia. *Revista Gerencia en Políticas de Salud*, 9(18), 90-102.  
[https://www.researchgate.net/publication/262438771\\_Gender\\_reconfigurations\\_and\\_vulnerability\\_to\\_HIVAids\\_in\\_transgender\\_women\\_in\\_Bogota\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/262438771_Gender_reconfigurations_and_vulnerability_to_HIVAids_in_transgender_women_in_Bogota_Colombia)
- Fajardo, I. (2017). *Acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de las personas transgénero: influencias en la salud*. [Tesis de posgrado, Universidad Francisco de Quito]. Archivo digital. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6617>
- Farji, A. (2018). Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género Argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Revista de Saúde Colectiva*, 28(3), 1-18.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-73312018000300613&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312018000300613&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
- Fernandez, A. y Merino, C. (2016). El Lado Socialmente Deseable de las Respuestas a Medidas de Burnout y Engagement: un Estudio Preliminar. *Revista Colombiana de Psicología* 1(25) , 83-94. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a06.pdf>

- Ferrando, P. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 3(12), 383-389.  
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=346>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2019). Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para las personas LGBTI.
- Francia-Martínez, M., Esteban, C. y Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 98-113.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5891759>
- Godoy, D., González, S. y Rivero, J. (2013). Componentes de formación para la atención en salud de personas sexo-género diversas. *Comunidad y Salud*, 11(1), 8-15.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932013000100003&script=sci\\_arttext](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932013000100003&script=sci_arttext)
- Goffman, E. y Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gleason, H., Livingston, N., Peters, M., Oost, K., Reely, E. & Cochran, B. (2016). Effects of state nondiscrimination laws on transgender and gender nonconforming individuals perceived community stigma and mental health. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 1-25.  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19359705.2016.1207582>
- Glosario Análisis Conductual. (2014). Disposición. <https://glosarios.servidor-alicante.com/analisis-conductual/disposicion>
- González, D. [La Disidencia]. (5 de marzo de 2020). *Soy Isabella Castiblanco: Modelo, bailarina y trans* [Archivo de vídeo]. Youtube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=qZdUwqLt1Qo>.
- González, D. [La Disidencia]. (2020, 31 de marzo). *Coronavirus: población trans en medio de la emergencia sanitaria* [Vídeo]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=qZdUwqLt1Qo>.
- González, D. y Novoa, T. [La Disidencia]. (2019, 3 de julio). *Se puede ser hombre sin pene* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=t8Ko45Lm800>.
- Gutierrez, V. (2015). Actitudes de los estudiantes hacia el estudio. *Caleidoscopio*, 33, 140-156. <https://doi.org/10.33064/33crscsh562>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. ed.). McGraw-Hill.

- Hoyos, P.A. y Concha, V. (2020). Representaciones sociales sobre las personas trans de estudiantes de un posgrado en Psicología. Artículo sometido a revista. Proyecto Conocimientos, actitudes, prácticas y significados socioculturales asociados al VIH, al Sida y a la prueba diagnóstica en adolescentes de instituciones educativas de Cali, Popayán y Pasto, Cali, Colombia, Financiado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Hoyos-Hernández, P.A. y Valderrama, L.J. (s.f.). Necesidades en la atención en salud desde la perspectiva de las mujeres trans. En: C. Tovar & M.T. Varela (Comp.), *Ciclos de vida y vulnerabilidad social en el Valle del Cauca (libro electrónico en prensa)*. Sello editorial Javeriano.
- Lancheros, L., Marconi, L., Manrique, M. y Mendivelso, M. (2007). Conceptos básicos acerca de las pruebas de actitud. *Avances en Medición*, 5, 163-167.  
[http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3213/7036/5472/Conceptos\\_Basicos\\_Acerca\\_De\\_Las\\_Pruebas\\_De\\_Actitud.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3213/7036/5472/Conceptos_Basicos_Acerca_De_Las_Pruebas_De_Actitud.pdf)
- La Perra Roja, Z. [Las Igualadas]. (2019, 28 de mayo). *Por estas razones ser mujer trans y lideresa es muy difícil - Zunga* [Vídeo]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=zon-4zKrE0w>
- Lasso, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125.  
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2881>
- Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República de Colombia. Diario oficial No 46.383.  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html)
- Ley 1438 de 2011. (2011, 9 de enero). Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial No. 47.957. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
- Losada, C. [La Pulla]. (2017, 31 de agosto). *Los trans están condenados a morir jóvenes* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rOSdwVmgEK8>
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Namy, L. L. y Woolf, N. J. (2011). *Psicología: Una introducción*. Pearson Education.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.  
<https://psycnet.apa.org/record/1980-31050-001>
- Marques, A., Nogueira, C. & De Oliveira, J. (2015). Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations. *Health Care for Women*

*International*, 36, 988-1006.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2014.888066>

Mejía, A. y Benavides, L. (2008). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.

[http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras\\_acceso\\_servicios\\_salud\\_personas\\_lgbt\\_2008.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_lgbt_2008.pdf)

Mendoza, Á. [La Disidencia]. (2019, 18 de septiembre). *Aborto en personas trans* [Vídeo]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=VnFDeOa\\_M54](https://www.youtube.com/watch?v=VnFDeOa_M54)

Ministerio de Salud [MinSalud]. (2016). Política de Atención Integral en Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

Ministerio de Salud de Argentina. (2017). Guía de atención de la salud integral de personas trans: Guía para equipos de salud.

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cent-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2007). Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/modulouno.pdf>

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2020). Habeas Data. Recuperado de:

<https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-387771.html?noredirect=1>

Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología: Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>

Narro-Robles, J., Rodríguez-Dominguez, J., Viesca-Treviño, C. y Abreu-Hernández, L. F. (2004). Ética y salud: retos y reflexiones. *Gaceta médica de México*, 140(6), 661-666.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v140n6/v140n6a17.pdf>

- Navalles-Gómez, J. (2011). Acercamientos a la distancia social. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 11(2), 173-190. 10.5565/rev/athenead/v11n2.763
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen.  
[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). 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.  
<https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Ortíz, V. (2013). Modelos estéticos hegemónicos, subalternos o alternativos: una perspectiva étnico-racial de clase y género. *Tabula rasa*, 18, 175-197.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n18/n18a08.pdf>
- Padilla, M., Rodríguez-Madera, S., Varas-Díaz, N. & Ramos-Pibernus, A. (2016). Trans-Migrations: Border-Crossing and the Politics of Body Modification Among Puerto Rican Transgender Women. *International Journal of Sexual Health*, 28(4), 261-277. 10.1080/19317611.2016.1223256
- Palma, D. M. y Orcasita, L. T. (2019). Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Interface*, 23(15), 1-16.  
<https://doi.org/10.1590/Interface.170329>
- Parkhill, A., Mathews, J., Fearing, S. & Gainsburg, J. (2014). A Transgender Health Care Panel Discussion in a Required Diversity Course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(4), 1-7.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028590/>
- Perales, A., Mendoza, A. y Sánchez, E. (2013). Vocación médica en médicos de prestigiada conducta profesional. *An Fac Med*, 74(4), 291-300.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v74n4/a05v74n4.pdf>
- Perales-Quenza, C. J. y Vizcaíno-Gutiérrez, M. (2007). Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 351-361.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v39n2/v39n2a10.pdf>

- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué. *Univ Psychol*, 5(3), 669-679. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Plancarte, R. (2015). ¿Son racionales las normas sociales? *Espiral*, 22(42), 9-40. <https://www.redalyc.org/pdf/138/13840666001.pdf>
- Profamilia y Estado del Reino de los Países Bajos [Profamilia]. (2019). ¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans?
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). Objetivos de desarrollo sostenible. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Ramos, C. (1997). El concepto de género y su utilidad para el análisis histórico. En Dis Liscia, M.H. (Ed.), *La Aljaba. Segunda Época* (13-32). Estudios de la Mujer.
- Ramos, J., Flores, A., Ramos, A., Rivera, E., Varas, N. y Rodríguez, S. (2018). Reduciendo el Estigma y Aumentando el Conocimiento Sobre las Necesidades de Salud de las Mujeres Transgénero: Intervención Piloto para Estudiantes de Medicina en Puerto Rico. *Ciencias de la Conducta*, 1(33). 51-74. <https://cienciasdeconducta.org/index.php/cdc/article/download/4/7>
- Red de Salud Oriente de Cali. (2015). Atención en salud con enfoque diferencial. <https://www.redoriente.net/new/noticias/7-atencion-en-salud-con-enfoque-diferencial>
- René, R. (2014). Se podrían evitar muchas muertes. Discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (16), 86-120. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872014000100006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872014000100006)
- Ritterbusch, A., Correa, C y Correa, A.(2018). Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. *Global Public Health*, 13(12), 1831-1845. 10.1080/17441692.2018.1455887
- Rivero, V. (2013). Identidad y expectativas psicosociales. *Revista de Investigación Psicológica*, (10), 35-42. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n10/n10\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n10/n10_a04.pdf)
- Roberts, T. & Fantz, C. (2014). Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, 47, 1-5. 10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009.
- Rodríguez, J. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El Cotidiano*, 21(134), 23-29. <http://puntogenero.inmujeres.gob.mx/madig/discriminacion/docs/ArticuloJesusRodriguez.pdf>

- Rodríguez-Madera, S., Varas-Díaz, N., Neilands, T., Padilla, M. y Ramos-Pibernus, A. (2017). Proyecto Transforma. San Juan, Puerto Rico.
- Rodríguez-Madera, S., Padilla, M., Varas-Díaz, N., Neilands, T., Vasques-Guzzi, A., Florenciani, E. & Ramos-Pibernus, A. (2017). Experiences of Violence Among Transgender Women in Puerto Rico: An Underestimated Problem, *Journal of Homosexuality*, 64(2), 209-217. 10.1080/00918369.2016.1174026
- Rodríguez, T. y García, M. (2007). Representaciones sociales: teoría e investigación. *Punto Cero*, 21(33), 61-84. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n36/n36a10.pdf>
- Rueda, M. [La Disidencia]. (2019, 17 de julio). *Reconocerme me hizo amar la idea de querer vivir* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=OyXHKESwkZ8&t=1s>
- Sacsa, D. (2019). *Competencias profesionales en la atención a usuarios de la diversidad sexual, en servicios de salud sexual y reproductiva de los distritos de Chorrillos Barranco y Surco 2018* [Tesis de posgrado, Universidad de San Martín de Porres]. Archivo digital. <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5218?show=full>
- Salgado, J. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 92(26), 115-128. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77809207.pdf>
- Sánchez Barrera, E. L. (2017). El movimiento LGBT (I) en Colombia: la voz de la diversidad de género. Logros, retos y desafíos. *Reflexión Política*, 19(38). 116-131. <https://www.redalyc.org/pdf/110/11054032009.pdf>
- Secretaría de Salud de México. (2017). Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas. <https://www.gob.mx/censida/documentos/protocolo-para-el-acceso-sin-discriminacion-a-la-prestacion-de-servicios-de-atencion-medica-de-las-personas>
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11, 659-666. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.762>
- Sentiido. (2016). Colombia LGBT en cifras. <https://sentiido.com/colombia-lgbt-en-cifras/>
- Snelgrove, J., Jasudavisius, A., Rowe, W., Head, E. & Bauer, R. (2012). Completely out-at-sea with two-gender medicine: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Serv Res*, 110(2012). 10.1186/1472-6963-12-110.

- Strangor, C. (2012). Social Psychology Principles. <https://opentextbc.ca/socialpsychology/#-main>
- Tinoco, O. (2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Industrial Data*, 11(1), 73-77. <https://www.redalyc.org/pdf/816/81611211011.pdf>
- Tovar, L., Perea, L., Tovar, J. y Zúñiga, C. (2018). Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una década. *O Mundo da Saúde*, 42(1), 230-238. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-100007>
- Transrespecto versus Transfobia en el mundo y Transgender Europe. (2018). Informe anual del observatorio de personas trans asesinadas. <https://transrespect.org/es/tmm-update-trans-day-of-remembrance-2018>
- Ubillos, S., Páez, D. y Mayordomo, S. (2004). Actitudes: Definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En I. Fernández, S. Ubillos, E.M. Zubieta y D. Páez (Eds.). En *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 301-326). Pearson Educación.
- Uribe, J. (2010). EDO Escala de desgaste ocupacional. Manual Moderno.
- Vallerand, R. J. (1994). La motivation intrinseque et extrinseque en contexte naturel. En R. J. Vallerand y E. E. Thill (Eds.), *Introduction à la Psychologie de la motivation*. Etudes Vivantes.
- Vance, S., Halpern, B. & Rosenthal, S. (2015). Health Care Providers' Comfort With and Barriers to Care of Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 251-253. 10.1016/j.jadohealth.2014.11.002
- Vargas, L., Vázquez, L. y Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>
- Vázquez, O. (1999). Género hegemónico y cultura, el modelo de masculinidad en la cultura popular. *Revista Itzapalapa*, 1, 27-40. [https://www.researchgate.net/publication/301355100\\_Genero\\_Hegemonico\\_y\\_Cultura\\_a\\_EL\\_modelo\\_de\\_masculinidad\\_en\\_la\\_cultura\\_popular](https://www.researchgate.net/publication/301355100_Genero_Hegemonico_y_Cultura_a_EL_modelo_de_masculinidad_en_la_cultura_popular)
- Villasana, P., Sánchez, L. y Rojas, G. (2013). Percepción de docentes de la escuela de Medicina sede Aragua de la universidad de Carabobo sobre la atención en salud a población sexo-género diversa. *Comunidad y Salud*, 11(1), 51-57. <https://www.redalyc.org/pdf/3758/375839306008.pdf>
- Vizcaíno, M., Montero, Y., Almenares, K. y Montero, Y. (2019). Percepción de estudiantes sobre la sexualidad como temática curricular en la carrera de medicina. *Revista*

*Cubana de Medicina Militar*, 48(3), 597-611.

<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/357>

Wander, Z. (1994). *Manual de Psicología Social*. Paidós.

Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B. & Budd, E. (2005). A need assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, 8(23), 31-47. 10.1300/J485v08n02\_04.

Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M., Sopransi, M. y Joskowicz, A. (2015). Diversidades sexuales y derecho a la salud. Dispositivos, prácticas y desafíos en la exigibilidad. *Anuario de Investigaciones*, 22, 1-20.

<https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/142.pdf>

Zapata, A., Díaz, K., Barra, L., Maureira, L., Linares, J. y Zapata, F. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 65-73. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0065.pdf>

Zimbardo, P. y Leippe, M. (1991). *La psicología del cambio de actitud y la influencia social*. McGraw-Hill Book Company.

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento

#### Escala de disposición trans

Proyecto TranSer

#### CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (ad hoc)

Experiencia en práctica clínica: Menos de 1 año _____ De 1 a 2 años _____ De 2 a 4 años _____ Más de 4 años _____	Programa al que pertenece: -Medicina. -Enfermería. -Nutrición y Dietética. -Psicología.	Semestre: -5. -6. -7. -8. -9. -10. -11. -12.
Género: -Femenino. -Masculino. -Otro. ¿Cuál? _____	Orientación sexual: -Heterosexual. -Homosexual. -Bisexual. -Otra. ¿Cuál? _____	Afiliación religiosa o espiritual: -Católica. -Cristiana. -Judía. -Mormona. -Testigo de Jehová. -Ateo. -Agnóstico. -Otra.
Sexo: -Mujer. -Hombre. -Otro. ¿Cuál? __	Edad: -Entre 18 y 22. -Entre 23 y 26. -Entre 27 y 30. -Más de 30.	Estrato socioeconómico: -0. -1. -2. -3. -4.

		-5.
		-6.

**Instrucciones:** La siguiente es una lista de afirmaciones relacionadas con su opinión sobre las personas trans (transgénero y transexuales). Por favor, díganos cuán de acuerdo está con las afirmaciones marcando la opción que mejor se adecúe a su nivel de concordancia.

1. *Escala de Actitudes de Psicoterapeutas hacia la Comunidad Transgénero (Esteban et al., 2020a).*

<b>Afirmaciones</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
1. Si puedo escoger, evito tener que atender a consultantes transgénero.				
2. Se me hace difícil hablar de las relaciones sexuales o de pareja con un/a consultante transgénero.				
3. Creo inadecuado que una persona transgénero asista a una actividad donde haya niños/as.				
4. Expresiones de género diferentes a las femeninas y masculinas confrontan negativamente mis valores personales.				
5. Me sentiría confiado/a que mis hijos/as tuvieran un profesor transgénero.				

6. Pienso que a las personas transgénero no se les debería reconocer derechos en la sociedad actual.				
7. Considero que las personas transgénero que deciden salir a la calle vestidas/os del otro género, son ejemplo de superación y valentía.				
8. Considero que las personas transgénero son inestables emocional, social y laboralmente.				
9. Compartiría mi oficina con un/a profesional transgénero.				
10. Estoy de acuerdo que las personas transgénero puedan cambiar todos sus documentos, con su identidad de género nueva.				

2. *Escala sobre Distancia Social hacia Personas Trans (Esteban et al., 2020b).*

<b>Afirmaciones</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
20. Viviría en la misma habitación con un hombre que se vista de mujer.				
21. Tendría como amiga a una mujer que se viste de hombre.				

22. Excluiría de mis relaciones sociales a aquellas personas que no parecen ni hombre ni mujer (andrógino).				
23. Preferiría no tener como amiga a una mujer que su expresión de género sea masculina.				
24. Viviría bajo el mismo techo con un hombre transexual o transgénero que todavía parezca mujer físicamente.				
25. Quisiera abstenerme de ver a una mujer transexual luego de su proceso quirúrgico de transición corporal.				

**Anexo 2.** Validación de jueces

<b>Matriz evaluación instrumento</b>		
<b>Evaluador del instrumento</b>	<b>Sugerencias de cambios</b>	<b>Cambios finales</b>
Psicólogo	En ítems 4, 6 y 23 (redacción).	4. Reconozco que géneros diferentes al masculino y femenino confrontan negativamente mis valores personales.  5. Me sentiría confiado/a que mis hijos/as tuvieran un profesor transgénero.
Médica	En ítems 4, 6 y 17 (redacción).	6. Pienso que a las personas transgénero no se les debería reconocer derechos en la sociedad actual.  23. Preferiría no tener como amiga a una mujer que su expresión de género sea masculina.
Nutricionista	En ítems 4, 5, 6 y 25 (redacción).	25. Quisiera abstenerme de ver a una mujer transexual luego de su proceso quirúrgico de transición corporal.

**Anexo 3.** Modificaciones de ítems

<b>Ítems originales</b>	<b>Ítems modificados</b>
16. Puedo proveer un referido a otro/a médico que ofrece servicios a personas transgénero.	16. Puedo proveer un referido a otro/a profesional que ofrece servicios a personas transgénero
17. Puedo proveer servicios de salud de calidad a personas transgénero con la información que tengo sobre dicha población.	17. Confío en mis capacidades profesionales para proveer servicios de atención de salud de calidad a personas trans.

<b>Ítems originales</b>	<b>Ítems modificados</b>
4. Reconozco que la transgresión del género reta mis valores personales.	4. Reconozco que las modificaciones que las personas trans le hacen a su género confrontan negativamente mis valores personales.
6. Entiendo que darles derechos y reconocimiento a las personas transgénero trastoca los valores de nuestra sociedad.	6. Pienso que las personas transgénero no deberían tener derechos.
8. Considero que las personas transgénero son inestables.	8. Considero que las personas transgénero son inestables emocional, social y laboralmente.
9. Compartiría mi oficina con un/a terapeuta transgénero.	9. Compartiría mi oficina con un/a profesional transgénero.

**Anexo 4.** Consentimiento informado

Santiago de Cali, \_\_\_\_\_ del 2020

Declaro que reconozco el objetivo de la presente investigación, así como los riesgos y beneficios de participar. También se me han resueltos las dudas y preguntas sobre el proyecto. Igualmente, tengo claridad que puedo retirarme en cualquier momento de la investigación, sin necesidad de dar explicación alguna, ni que se genere ninguna represaría. Comprendo que la confidencialidad es un eje fundamental de la investigación en Colombia, por tanto, mis datos personales serán protegidos y se utilizarán en beneficio de la población y para el desarrollo académico en nuestro país.

(        ) Acepto.

## Anexo 5. Esquema informativo

