TRABAJO DE GRADO

Trayectorias profesionales en atención en salud transafirmativa en Colombia, España e Italia

Germán Andrés Medina Mejía

Nicolás Muñoz Celis

Sebastián Rodríguez Jurado

_____

Paula Andrea Hoyos Hernández, PhD

_____

Dirección de trabajo de grado

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2025

TABLA DE CONTENIDO

Introducción 1

Método 19

Diseño 19

Participantes 19

Estrategia de recolección de datos 19

Definición conceptual de las categorías 20

Procedimiento 22

Consideraciones éticas 24

Resultados 26

Trayectorias profesionales 27

Barreras en atención en salud 31

Facilitadores en la atención en salud de personas trans 35

Atención Trans-afirmativa 38

Propuestas 41

Análisis de Co-ocurrencias 43

Discusión 44

Referencias 60

Anexos

Lista de Tablas

Tabla 1.

Definición conceptual de las categorías 20

Tabla 2

Personas participantes 26

Tabla 3

Análisis de Co-ocurrencias 43

Lista de Anexos

Anexo A. Guia de entrevista a profesionales en salud

Anexo B. Guía de entrevista a profesionales en salud - Adaptación al italiano

Anexo C. Consentimiento informado

Anexo D. Consentimiento informado - Adaptación al italiano

Resumen

El propósito central de esta investigación es caracterizar las trayectorias de atención en salud trans-afirmativas de profesionales que ejercen en Colombia, España e Italia. Los objetivos específicos buscan describir los roles y aprendizajes construidos por estos profesionales, establecer las barreras y facilitadores que inciden en la calidad del servicio, y comparar las prácticas entre los contextos europeos y el colombiano para proponer recomendaciones de fortalecimiento académico y clínico. Asimismo, se empleó un paradigma cualitativo con enfoque narrativo-temático y análisis de datos secundarios vinculados al proyecto internacional Training to Raise Awareness and Inclusion of Transgender. La muestra consistió en seis profesionales de psicología, ginecología y medicina familiar residentes en Cali, Barcelona, Canarias y Lecce. La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas virtuales de cien minutos, aproximadamente, analizadas posteriormente con el programa informático Atlas.ti versión veinticinco. Se halló que las trayectorias profesionales se construyen progresivamente fuera de la formación universitaria inicial, basándose en la práctica comunitaria y el posgrado. Se identificaron barreras estructurales como la escasez de especialistas y persistencia de modelos patologizantes. Los facilitadores principales incluyen la formación especializada, el trabajo interdisciplinario y la creación de vínculos terapéuticos basados en el respeto y la despatologización. Finalmente, la atención trans-afirmativa requiere una transformación ética que trascienda lo biomédico hacia un enfoque integral y de derechos humanos. Persiste una brecha significativa entre los marcos normativos y la práctica clínica cotidiana, especialmente en Colombia. Es fundamental incorporar contenidos de diversidad de género en los currículos universitarios para garantizar entornos sanitarios inclusivos.

Palabras clave: *Atención trans-afirmativa (Tesauro DeCS/MeSH), trayectorias profesionales; Desarrollo de carrera (Tesauro UNESCO), Salud (Tesauro UNESCO),*

Discriminacion (Tesauro UNESCO), Personas transgénero (Tesauro DeCS/MeSH). Servicios de Salud para las Personas Transgénero (Tesauro DeCS/MeSH)

Abstract

The central purpose of this research is to characterize the trajectories of trans-affirmative healthcare provided by professionals practicing in Colombia, Spain, and Italy. The specific objectives aim to describe the roles and learning experiences of these professionals, identify the barriers and facilitators that influence service quality, and compare practices between European and Colombian contexts to propose recommendations for academic and clinical strengthening. A qualitative paradigm with a narrative-thematic approach was employed, along with an analysis of secondary data linked to the international project "Training to Raise Awareness and Inclusion of Transgender." The sample consisted of six professionals in psychology, gynecology, and family medicine residing in Cali, Barcelona, the Canary Islands, and Lecce. Data collection was conducted through virtual semi-structured interviews lasting approximately 100 minutes, which were subsequently analyzed using the Atlas.ti software, version 25. It was found that professional trajectories are progressively constructed beyond initial university training, based on community practice and postgraduate education. Structural barriers were identified, such as a shortage of specialists and the persistence of pathologizing models. The main facilitators include specialized training, interdisciplinary work, and the creation of therapeutic bonds based on respect and depathologization. Finally, trans-affirmative care requires an ethical transformation that moves beyond the biomedical model toward a holistic, human-rights-based approach. A significant gap persists between regulatory frameworks and everyday clinical practice, particularly in Colombia. It is essential to incorporate content on gender diversity into university curricula to ensure inclusive healthcare settings.

Keywords: *Gender-affirming care (DeCS/MeSH Thesaurus), Professional trajectories; Career development (UNESCO Thesaurus), Health (UNESCO Thesaurus),*

Discrimination (UNESCO Thesaurus), Transgender persons (DeCS/MeSH Thesaurus), Health Services for Transgender Persons (DeCS/MeSH Thesaurus).

Introducción

La atención en salud trans-afirmativa ha adquirido una relevancia creciente en los últimos años, no solo desde el ámbito médico, sino también desde perspectivas críticas psicosociales y culturales. Este fortalecimiento se ha visto impulsado por los movimientos sociales de las poblaciones trans en defensa de sus derechos integrales, por la necesidad de enfoques diferenciales e interseccionales y por el interés de instancias académicas en consolidar procesos de formación e investigación basados en epistemologías trans (Arce - Leonel et al., 2022; Hoyos-Hernández y Zapata et al., 2024).

Los derechos de la población trans han sido históricamente vulnerados debido a representaciones sociales, estigmas y los binarismos de género, producto del patriarcado, que, a su vez, generan un sistema hegemónico que permea instituciones y contextos, y por supuesto los procesos de atención en salud. En este contexto, se presentan prejuicios que conducen a actitudes de rechazo, falta de competencia profesional en diversidad de género y prácticas no afirmativas (Valderrama y Hoyos - Hernandez., 2023; Arce - Leonel et al., 2022; Hoyos - Hernández y Zapata et al., 2024).

Una de las principales barreras en el acceso a la salud para las mujeres trans es la estigmatización y la ausencia de protocolos específicos, lo que evidencia la necesidad de formación en atención trans-afirmativa, en procesos de atención primaria en salud, servicios generales en salud y específicos, como por ejemplo, en los procesos de terapia hormonal y en el tratamiento del VIH, donde se presentan mayores dificultades debido a la falta de capacitación del personal médico (Domínguez et al., 2018; Arce - Leonel et al., 2022; Hoyos-Hernández y Zapata et al., 2024). Esto refuerza la discriminación y la urgencia de intervenciones educativas y políticas inclusivas.

En Colombia, la atención sanitaria para personas trans enfrenta múltiples obstáculos, como la discriminación profesional, la escasez de servicios especializados y la patologización de sus identidades. Aunque hay avances legales en la protección de procedimientos de reafirmación de género, el acceso sigue siendo limitado, mientras que en países como Argentina, Chile y Brasil se han logrado progresos en inclusión y capacitación especializada. La falta de rutas de atención claras y su impacto negativo en el bienestar de esta población siguen siendo desafíos urgentes a abordar (Arce-Leonel et al., 2022; Hoyos - Hernandez et al., 2021; Hoyos- Hernández y Zapata et al., 2024).

A nivel global, en estudio en 2019 llevado a cabo por Transgender Europe (TGEU) a partir de una encuesta con 19.445 personas trans, reportó que aproximadamente el 34% había experimentado discriminación en sistemas de salud, cifra que se complementa con los hallazgos de James et al. (2016), quienes encontraron que el 19% de las personas trans no pudo recibir atención médica necesaria debido a prejuicios de los proveedores y el 28% experimentó discriminación en entornos médicos. Las consecuencias de esta exclusión estructural se expresan también en indicadores de salud mental y seguridad: Williams Institute (2015) reportó que el 40% de las personas trans encuestadas había intentado suicidarse al menos una vez en su vida, cifra nueve veces superior a la registrada en población cisgénero, mientras que Human Rights Campaign (2022) documentó el asesinato de alrededor de 40 personas trans y de género no conforme en 2022, la mayoría mujeres trans afroamericanas y latinas.

En el contexto colombiano, las cifras evidencian una situación crítica para las personas TDG. La Fundación Caribe Afirmativo (2022), a partir de una encuesta con 4.687 personas LGBTIQ+, reportó que el 55% manifestó haber tenido pensamientos suicidas y el 25% haber realizado al menos un intento suicida. En materia de acceso a salud, el Instituto Nacional de Salud (INS, 2022) señaló que el 50% de las personas trans no ha recibido atención médica

adecuada debido a la falta de formación de los profesionales en identidad de género y sexualidad, mientras que Colombia Diversa (2021) reveló que el 75% de las personas trans ha experimentado algún tipo de discriminación con impacto directo en su acceso a servicios de salud y bienestar. Estas cifras se concentran principalmente en Bogotá, Cali y Medellín, donde la mayor visibilidad de la población trans coexiste con una mayor exposición a la exclusión y la violencia, siendo los departamentos de Valle del Cauca, Antioquia y el Distrito Capital los que registran los índices más altos de homicidios y agresiones contra personas trans, según reportes de Colombia Diversa y la Defensoría del Pueblo.

Diversas investigaciones recientes han evidenciado cómo el estrés minoritario, que según Brooks (1981, citado en jones et al., 2024) y Meyer (2003, Citado en Jones et al., 2024) se refiere a la tensión mental y emocional que sufre una persona como consecuencia de la discriminacion por su pertenencia a grupos minoritarios, afecta la salud mental y el bienestar las personas trans y con diversidad de género. La investigación realizada por Johnson et al. (2024) identificó que la invalidación de la identidad de género, entendida como la negativa a reconocerla como real y aceptable, se presenta con mayor intensidad en las personas no binarias y se asocia a un deterioro significativo de la salud mental. De igual manera, el estudio hecho por Jones et al. (2024) sobre los factores de estrés proximales y distales en población trans y no binaria, entendidos como estructuras cognitivas del sujeto basadas en expectativas de rechazo y experiencias externas objetivamente estresantes respectivamente (Meyer, 2003. Citado en Jones et al., 2024), se evidenció que afectan considerablemente el crecimiento postraumático y resiliencia de estos grupos minoritarios, destacando la importancia de generar entornos sociopolíticos que promuevan su bienestar.

Las experiencias de estrés minoritario en comunidades trans y de género diverso se manifiestan de manera sistemática en múltiples contextos. En el ámbito jurídico y

penitenciario, Acosta (2021) señala que persisten vacíos legales que impiden el acceso a tratamientos de reafirmación de género en prisión, reproduciendo una historia de estigmatización institucional. En contextos educativos y comunitarios, Salerno et al. (2024) identificaron que las microagresiones racistas constituyen el principal predictor de malestar psicológico en jóvenes universitarios Latinx LGBTQ+, superando incluso el impacto del rechazo familiar, mientras que Day et al. (2024) evidenciaron que los estudiantes trans racializados perciben entornos universitarios significativamente menos inclusivos, revelando la intersección entre identidad de género y raza como eje de exclusión. En la adolescencia, Fernández et al. (2024) y McQuillan et al. (2024) documentaron mayor vulnerabilidad emocional, acoso, depresión, ansiedad y conductas suicidas en jóvenes trans y de minorías sexuales, subrayando el rol protector de la familia y la escuela como espacios de afirmación identitaria.

En el ámbito sanitario, estas dinámicas de exclusión se reproducen con igual intensidad, atravesadas por el cisexismo como estructura que posiciona las identidades cis por encima de las trans y que afecta de manera diferenciada a personas TDG racializadas, jóvenes, empobrecidas o en condiciones de aislamiento. Estas se relacionan con barreras de acceso a la salud asociadas a determinantes sociales como el nivel de ingresos en personas trans en Brasil (Lima et al., 2024), el uso incorrecto de nombres y pronombres, exclusión de parejas y negativa de atención (Berkman et al., 2024) y posibles obstáculos en la relación terapéutica (Wolfe et al., 2023). Antoniucci y Mateo (2016) enmarcan estas dinámicas en lógicas médicas y sociales binarias y patologizadoras que históricamente han reforzado la marginación, evidenciando la necesidad urgente de enfoques despatologizadores que, como proponen Millet (2020), Heward-Belle et al. (2025) y Londoño (2023), avancen hacia una justicia epistémica, un cuidado informado por el trauma y una perspectiva transfeminista que transforme estas dinámicas en diálogo con otras opresiones de raza, clase y género.

En respuesta a las problemáticas de estrés minoritario documentadas en comunidades trans y de género diverso, diversos autores convergen en la necesidad de enfoques afirmativos, participativos y estructuralmente sensibles. En el plano metodológico y epistemológico, se propone revisar críticamente las categorías de investigación, implementar el enfoque de dos pasos que consiste en registrar el sexo asignado al nacer y la identidad de género actual, garantizar estándares éticos como el consentimiento informado y opciones de respuesta inclusivas, y fundamentar los estudios en marcos de justicia social que integren factores individuales, estructurales y sistémicos, involucrando activamente a las comunidades en la producción del conocimiento para contribuir a la transformación social y al reconocimiento de los saberes situados (Radi, 2021; Bowleg, 2021; Meezan y Martin, 2004; Veldhuis, 2024). Mientras que en el plano clínico e interventivo, la evidencia señala que intervenciones diseñadas específicamente para poblaciones TDG, como la terapia de exposición narrativa (NET), reducen significativamente los síntomas de estrés postraumático y fortalecen la resiliencia, al tiempo que la co-construcción de recomendaciones entre proveedores de salud y pacientes y la formación continua constituyen ejes centrales para garantizar un cuidado afirmativo, seguro y equitativo (Julian et al., 2024; Singh, 2025).

Como propuesta para afrontar estas problemáticas, Escotorin et al. (2023) desarrollan las "Orientaciones metodológicas para formadores" en el marco del proyecto TRAIT: *Training to Raise Awareness and Inclusion of Transgender,* orientado a fortalecer las competencias de profesionales de los sectores jurídico, sanitario y social en el acompañamiento a personas trans. La guía enfatiza el desarrollo de competencias relacionales como la escucha activa, la empatía y la creación de entornos seguros, así como habilidades de análisis crítico mediante metodologías como la visualización participativa prosocial y los grupos focales, herramientas que facilitan la identificación de barreras y la construcción conjunta de soluciones (Brundelius y Escotorin, 2010, citado en Escotorin et al., 2023; Escotorin y Roche, 2015, citado en

Escotorin et al., 2023). Su propósito es que los profesionales reconozcan los desafíos sociales, médicos y legales que enfrentan las personas trans y brinden un acompañamiento respetuoso, informado y adaptado a las necesidades particulares de cada persona, en consonancia con los estándares internacionales de la World Professional Association for Transgender Health (2022), que recomiendan prácticas basadas en la autodeterminación, la no patologización y el acompañamiento informado.

Dentro de las orientaciones propuestas por la guía TRAIT, Escotorin et al. (2023) destacan el uso del lenguaje inclusivo como práctica transformadora esencial, dado que el lenguaje cotidiano tiende a asumir el género a partir de la apariencia, generando misgendering que afecta la relación terapéutica y provoca angustia, invisibilización y desconfianza hacia el sistema de salud (Ansara y Hegarty, 2014; MacNamara et al., 2017; McLemore, 2015), mientras que la adopción de expresiones neutras fortalece el respeto sin perjuicio para la población cisgénero (Cole et al., 1997). A nivel lingüístico, la estructura binaria de idiomas como el italiano dificulta la expresión de identidades no binarias, impulsando la creación de pronombres modificados y desinencias neutras como formas de visibilidad y autoafirmación (Neri et al., 2020; Mirabella et al., 2024), evidenciando que determinantes sociales como la pobreza y la discriminación influyen directamente en el bienestar de las personas trans y subrayan la necesidad de integrar prácticas trans-afirmativas en los sistemas sanitarios (Marmot et al., 2005).

Una vez revisados los resultados de investigaciones a nivel global, se estima necesario realizar un acercamiento a los hallazgos obtenidos en los contextos español, colombiano e italiano, que constituyen el foco de la presente investigación. La elección de estos tres países responde a una intención orientada a comprender cómo las experiencias de atención en salud trans-afirmativa se configuran de manera diferencial según el contexto sociopolítico,

normativo y cultural, en clave del proyecto TRAIT y la importancia de profundizar en experiencias positivas que sean ejemplo concreto de procesos que pueden replicarse. Desde esta perspectiva, el enfoque comparativo internacional permite identificar no solo las variaciones en el acceso a los servicios de salud, sino también los efectos subjetivos que dichas diferencias producen en las trayectorias vitales de las personas trans.

Italia y España representan dos modelos europeos diferenciados en materia de políticas públicas y atención sanitaria dirigidas a personas TDG. En España, la existencia de marcos legales basados en la autodeterminación de género y el desarrollo de servicios especializados en varias comunidades autónomas ha favorecido una mayor apertura institucional y experiencias generalmente positivas, aunque persisten brechas relacionadas con la falta de capacitación profesional, la patologización y las dificultades administrativas (Belza et al., 2024; Casas-Ramírez et al., 2024). En Italia, por el contrario, la atención continúa mostrando rasgos más medicalizados, con menor formación específica en salud personas TDG entre los médicos generales, amplia variabilidad en la calidad del servicio y un acceso desigual a intervenciones como las terapias hormonales, especialmente para personas no binarias (Barbati et al., 2025; Cruciani et al., 2024; Marconi et al., 2024). Estas diferencias configuran dos escenarios donde, aun dentro del mismo continente, las políticas públicas y los marcos institucionales condicionan de manera significativa las experiencias clínicas y los niveles de acceso a la atención.

Colombia, por su parte, representa un contraste significativo frente al contexto europeo, no solo por las particularidades estructurales de su sistema de salud, sino también por las dinámicas sociales que configuran la experiencia de las personas trans. En términos normativos e instrumentales, el país cuenta con avances concretos: la Ley 1482 de 2011 sancionó penalmente la discriminación por identidad de género, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de

2015 reconoció la salud como derecho fundamental universal, el Decreto 1227 de 2015 simplificó el reconocimiento legal de la identidad de género por vía notarial, la Sentencia T-218 de 2022 de la Corte Constitucional mandató al Ministerio de Salud la elaboración de una guía técnica de atención integral, y en 2025 el Ministerio publicó la Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral en Salud y Afirmación de Género de Personas Trans (GPC 01-2025), primer instrumento técnico, ético y vinculante que establece criterios clínicos y de derechos humanos para la atención afirmativa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A esto se suma el Proyecto de Ley 22 de 2024, conocido como Ley Integral Trans, actualmente, en debate en el Congreso. Sin embargo, la solidez de este andamiaje normativo contrasta con las carencias reales: el 32% de las personas trans reporta discriminación en servicios de salud, el 61% no recibió atención psicológica en los últimos dos años pese a requerirla, y solo el 7% de quienes habitan zonas rurales accede regularmente a servicios especializados (Ministerio de salud y proteccion social, 2025).

Estas brechas se derivan de la escasa formación del personal sanitario, la estigmatización institucional, la ausencia de rutas claras de atención y la cobertura incompleta del Plan de Beneficios en Salud para procedimientos de afirmación de género. Este panorama evidencia una marcada distancia entre el marco legal y la experiencia cotidiana de atención, así como los efectos subjetivos que dicha brecha produce, especialmente en contextos donde la patologización, la falta de servicios especializados y las tensiones en los procesos de tránsito siguen siendo elementos estructurales de la relación con el sistema de salud (Alarcón et al., 2023, Calderón-Jaramillo et al., 2020, Lasso, 2014, Ministerio de salud y protección social, 2025, Valderrama y Hoyos - Hernandez, 2023).

En España, Casas-Ramírez et al. (2024) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de comprender las experiencias de pacientes trans con la atención sanitaria en el

sistema público de Andalucía. La muestra estuvo conformada por 18 participantes de entre 19 y 24 años, distribuidos por las 8 provincias de la región, y la recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados indicaron que las experiencias con los profesionales de salud fueron mayoritariamente positivas tanto en atención primaria como especializada. No obstante, los participantes consideraron necesaria una mayor formación en necesidades de salud trans para evitar la patologización de las identidades de género y favorecer una comunicación más abierta sobre el curso de los tratamientos disponibles. Asimismo, señalaron que, si bien el sistema sanitario ofrece mecanismos accesibles para el cambio de nombre en las tarjetas sanitarias, las administraciones públicas generan procesos más tediosos para realizar estas modificaciones..

Segun el informe Transaludes (Belza et al., 2024) el estado de la atención en salud de la población trans y no binaria en España refleja sigue reflejando desigualdades y brechas asistenciales: A pesar de que más de la mitad reporta una salud autopercibida buena o muy buena, las personas no binarias presentan peor bienestar, con un 18,9% que califica su salud como mala o muy mala. La salud mental constituye el ámbito más afectado: el 71,4% recibió un diagnóstico reciente y las tasas de sufrimiento emocional son críticas, dado que entre el 68% y el 81% ha tenido pensamientos suicidas, alrededor de dos tercios se han autolesionado y un tercio ha presentado intentos suicidas. Si bien, la mayoría ha accedido a medicina de familia y atención especializada en el último año, persisten barreras ligadas a experiencias de discriminación, falta de capacitación del personal sanitario y dificultades con la documentación administrativa. Por otra parte las necesidades sanitarias no cubiertas evidencian estas desigualdades: el 51,2% no pudo acceder a atención en salud mental por motivos económicos, el 43,3% tuvo necesidades no cubiertas en salud bucodental y el 34,4% en atención médica general, siendo las personas no binarias las más afectadas. Además, un 70,1% experimentó demoras por listas de espera en procesos vinculados a su transición, lo que muestra que el

sistema continúa siendo insuficiente para responder a sus necesidades específicas (Belza et al., 2024).

Investigaciones en Italia sobre la salud de personas TDG reportaron una alta prevalencia de trastornos mentales, especialmente, ansiedad y depresión, lo que incluyó una mayor incidencia en personas no binarias. Asimismo, se observaron diferencias en condiciones físicas según el sexo asignado al nacer: las personas asignadas mujeres al nacer presentaron más trastornos tiroideos, mientras que las personas asignadas hombres al nacer reportaron tasas más altas de osteoporosis y de infecciones como VIH, VHB, VHC y sífilis. También se identificó que las terapias hormonales se asociaron con mejoras en salud mental, aunque las personas no binarias tuvieron menor acceso a estos tratamientos pese a desearlos (Barbati et al., 2025; Marconi et al., 2024).

Paralelamente, en este mismo contexto, una encuesta aplicada a médicos generales italianos evidenció que entre el 23,9% y el 79,1% respondió correctamente preguntas sobre identidad de género y procesos de afirmación, pero menos del 50% reconoció la necesidad de prevención oncológica. Solo el 5,9% había recibido formación específica en salud TDG, aunque el 97% consideró útil dicha capacitación, y el 90,7% identificó barreras de acceso para personas TDG. Además, el 37,4% reconoció la presencia de transfobia en entornos clínicos, y los médicos más jóvenes obtuvieron mejores resultados en la encuesta (Barbati et al., 2025; Marconi et al., 2024).

Según Cruciani et al. (2024), las personas LGBTQ+ presentan tasas significativamente más altas de trastornos mentales que la población general, disparidad que se ve agravada por deficiencias en la formación culturalmente competente de los profesionales de salud mental. A partir de una revisión sistemática con 32 estudios y 13.110 profesionales, los autores evidenciaron que, si bien existe una disposición generalizada hacia actitudes afirmativas y una

voluntad de participar en procesos formativos, persisten importantes brechas en la preparación clínica que constituyen una barrera para el acceso a servicios adecuados. Las actitudes negativas tendieron a persistir en contextos con escasa cultura institucional afirmativa. Asimismo, se identificó que la religiosidad se asoció con prejuicios que resultaron mitigables mediante procesos educativos. Finalmente, los autores señalan que la falta de formación afecta negativamente tanto la calidad de la atención como el bienestar de los propios profesionales, aumentando el riesgo de burnout derivado de los sentimientos de incompetencia manifestados.

Desde el contexto colombiano, Alarcon et al. (2023) señalan que la problemática del acceso adecuado a servicios de salud para la comunidad LGBTIQ también está presente en Colombia y en América Latina y el Caribe. Los autores identifican una formación insuficiente por parte de los profesionales de salud en materia de identidades y necesidades de esta comunidad, lo cual se traduce en la persistencia de prácticas institucionales que perpetúan el estigma y la discriminación. Esta situación obstaculiza las relaciones entre los actores del sistema de salud y las personas trans, y limita el acceso a una atención verdaderamente integral y afirmativa al género. Si bien en Colombia existen políticas públicas orientadas a la integración de esta comunidad, como el Plan Decenal de Salud Pública, que reconoce la salud como un derecho y promueve la participación ciudadana, y la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033, que busca crear redes para la participación comunitaria, los autores advierten que la escasez de estudios sobre las vulneraciones hacia esta población ha dificultado la generación de acciones concretas que contrarresten y respondan a sus necesidades biopsicosociales.

En el contexto colombiano, las investigaciones revelan que persisten barreras sistemáticas, estructurales y socioculturales que obstaculizan el acceso a servicios de salud adecuados para las personas trans, derivadas de la escasa formación del personal sanitario, la

estigmatización y las prácticas institucionales que perpetúan modelos binarios y patologizantes. Se han identificado problemáticas como malos tratos, ausencia de servicios especializados en endocrinología o cirugías de reafirmación, altos costos del sistema y falta de aseguramiento. Aunque existen políticas públicas orientadas a mejorar la atención, aún se requiere investigación profunda que oriente respuestas efectivas. En esta línea, Calderón-Jaramillo et al. (2020) y Alarcon et al. (2023) destacan la urgencia de fortalecer los servicios de salud mediante la capacitación continua del personal, la conformación de equipos interdisciplinarios y la actualización de los protocolos de atención. La comprensión de estas experiencias requiere situarse dentro del marco de la psicología de la salud, la cual, según Matarazzo et al. (1980), estudia cómo los factores psicológicos, conductuales y sociales interactúan con los procesos biológicos en la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva, la atención trans-afirmativa no puede reducirse a la intervención médica o farmacológica, sino que debe considerar las dimensiones subjetivas, relacionales y estructurales que determinan el bienestar de las personas trans.

Acorde a esta situación, Lasso (2014) evidenció en Bogotá las tensiones que atraviesan las personas trans en su relación con los servicios de salud, señalando que, aunque los diagnósticos psiquiátricos suelen ser vividos como indignos, muchas personas los asumen estratégicamente para legitimar su identidad y preservar su agencia. Estas tensiones no derivan únicamente de la falta de formación del personal, sino también de la persistencia de modelos biomédicos patologizantes que privilegian la coherencia entre lo anatómico y lo psicológico como criterio de legitimidad, así como de prácticas discriminatorias y vacíos en la implementación de políticas inclusivas. Frente a ello, la psicología de la salud resalta la importancia de enfoques interdisciplinarios que reconozcan la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, promoviendo intervenciones éticas y no patologizantes que

fortalezcan los entornos clínicos afirmativos y garanticen el ejercicio pleno del derecho a la salud de las personas trans.

A pesar del creciente interés en la atención en salud trans-afirmativa, persisten brechas de conocimiento que limitan la comprensión de experiencias transnacionales, especialmente en contextos comparativos entre España, Italia y Colombia. La mayoría de los estudios se concentran en países con marcos legales avanzados en derechos trans, mientras que, en Colombia, aunque existe el Decreto 762 de 2018 que reconoce la igualdad como principio constitucional esencial al establecer que "[t]odas las personas (...) gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación" (Ministerio de Colombia, 2018), la implementación de estas garantías aún enfrenta retos. En Europa, España cuenta con la Ley 4/2023 para la igualdad real y efectiva de las personas trans y la garantía de los derechos LGTB. En contraste, Italia carece de leyes específicas antidiscriminatorias a nivel nacional, aunque la Ley 164 de 1982 permite el cambio de nombre y género en documentos oficiales sin requerir cirugía, siempre que se demuestre una plena identificación con el género percibido.

Esta investigación reconoce que la brecha de conocimiento central radica en la insuficiente formación, investigación y articulación institucional para garantizar una atención en salud integral y trans-afirmativa. Esta carencia se manifiesta en múltiples niveles ya que, por un lado, los profesionales de la salud carecen de preparación en diversidad de género, lo que perpetúa estigmas y prejuicios que obstaculizan la co-construcción de procesos junto a la comunidad trans. Por otro lado, la investigación académica es limitada respecto a cómo los marcos jurídicos, las políticas nacionales y los contextos sociales impactan la provisión de servicios, dejando sin explorar las tensiones específicas de territorios como Colombia. Asimismo, existe escasa evidencia sobre qué estrategias de capacitación han demostrado ser efectivas, cómo los prejuicios institucionales afectan la calidad de la atención y de qué manera

las buenas prácticas internacionales pueden adaptarse a contextos latinoamericanos. Todo ello conforma una brecha que no solo mantiene barreras de acceso y calidad, sino que también impide la construcción de políticas públicas y procesos de formación transdisciplinares con la participación de la población trans, necesarios para transformar las prácticas de salud hacia un enfoque realmente afirmativo e inclusivo.

La presente investigación surge del interés por comprender las condiciones actuales de la atención en salud dirigida a personas trans y de género no conforme desde un enfoque trans-afirmativo. Considerando las diferencias legales, culturales y sanitarias entre regiones, se propone un análisis comparativo que permita identificar prácticas adecuadas, barreras comunes y oportunidades de mejora. En este sentido, el estudio de las trayectorias de los profesionales de la salud resulta fundamental, ya que estas reflejan cómo se configuran en la práctica las competencias, decisiones y formas de actuación que pueden favorecer o limitar una atención trans-afirmativa, en coherencia con la comprensión de la trayectoria como un proceso que integra formación y experiencia laboral (Adya y Kayser, 2005; Benavides, 2017; Jiménez, 2009). Así, su análisis permite reconocer barreras en el ejercicio clínico y transformarlas en oportunidades de mejora. En consecuencia, la investigación se orienta por la pregunta: ¿Cómo son las trayectorias de atención en salud trans-afirmativas de profesionales que ejercen en Colombia, España e Italia?

Para responder a esta cuestión, el objetivo general es caracterizar dichas trayectorias en los tres países. Como objetivos específicos, se plantea describir los roles, aprendizajes y recursos de los profesionales que acompañan a personas trans; identificar barreras y facilitadores que inciden en el acceso y la calidad de la atención desde dimensiones personales, sociales, institucionales, jurídicas y educativas; comparar prácticas y experiencias entre los contextos estudiados; y, finalmente, proponer recomendaciones que fortalezcan la formación

académica, la práctica clínica y las políticas de salud hacia un enfoque inclusivo y trans-afirmativo.

La pertinencia del estudio radica en ofrecer una mirada comparativa sobre los procesos de atención en salud para personas trans en España, Italia y Colombia. En España, coexisten avances como la autodeterminación de género y servicios especializados con discursos de odio que impactan la implementación de políticas inclusivas (Belza et al., 2024; Casas Ramírez et al., 2024; Sánchez Holgado et al., 2024). En Italia, persisten modelos medicalizados junto a reacciones políticas conservadoras que dificultan el reconocimiento de derechos (Barbati et al., 2025; Cruciani et al., 2024; Cossutta, 2021; Marconi et al., 2024). En Colombia, aunque existen marcos normativos, su aplicación se ve limitada por estigmas estructurales, barreras de acceso y violencia institucional (Alarcón et al., 2023; Calderón Jaramillo et al., 2020; Lasso, 2014; Ritterbusch et al., 2018; Valderrama y Hoyos - Hernández, 2023). Este panorama permite identificar tanto buenas prácticas como limitaciones en la implementación de la atención trans-afirmativa.

La relevancia social del estudio se vincula con la persistencia de discursos de odio, estigmas y violencia institucional que han contribuido a la exclusión de las diversidades de género, afectando especialmente el acceso a servicios de salud (Sánchez Holgado et al., 2024; Cossutta, 2021; Ritterbusch et al., 2018). Profundizar en esta realidad posibilita contextualizar estas problemáticas y promover espacios de diálogo más informados. Asimismo, el trabajo con profesionales de la salud constituye un aporte clave para transformar prácticas institucionales y fomentar entornos más respetuosos y equitativos, visibilizando no solo las dificultades, sino también las oportunidades para mejorar el bienestar de la población trans (Bowleg, 2021).

En este marco, la investigación no solo se articula con agendas globales y proyectos internacionales que promueven la inclusión y el bienestar de las personas trans, sino que

también se centra en la comprensión de las trayectorias profesionales de quienes participan en la atención en salud de esta población. Abordar dichas trayectorias permite reconocer cómo se configuran los aprendizajes, prácticas y experiencias de los profesionales, así como los retos y oportunidades que enfrentan en contextos educativos, institucionales y laborales.

Para garantizar la coherencia teórica del estudio y dar cumplimiento a los objetivos planteados, es necesario delimitar los conceptos centrales que orientan el análisis. La precisión permite sostener adecuadamente la relación entre la pregunta de investigación y las decisiones metodológicas tomadas para darle respuesta. En este sentido, se presentan las definiciones que guiarán el estudio.

En primer lugar, se entiende la trayectoria profesional como las diferentes etapas que atraviesa un individuo en el momento que se inserta en alguna actividad laboral y que permite observar cómo se construyen las actividades específicas que estos realizan en su labor profesional. Una trayectoria profesional puede definirse como un proceso dinámico que integra educación formal e informal, formación y experiencias laborales que permiten al individuo avanzar hacia puestos de mayor jerarquía (Jiménez, 2009). Se concibe también como la secuencia de etapas educativas y profesionales que configuran la inserción y el desarrollo en el ámbito laboral (Adya y Kayser, 2005). Resulta fundamental considerar la cantidad y calidad de la vida laboral, evaluando los logros alcanzados en los cargos desempeñados, los cuales deben ser verificables y medibles, independientemente de si fueron obtenidos de manera individual o como parte de un equipo (Benavides, 2017).

La atención en salud trans-afirmativa se entiende como aquella que incorpora un enfoque diferencial, de género y de no discriminación hacia la población LGBTIQ+ (Calderón-Jaramillo et al., 2019). Este enfoque reconoce la diversidad de identidades y trayectorias de género, válida la autodeterminación y concibe la corporeidad trans como una expresión

legítima, política y contextualizada, promoviendo además condiciones equitativas de acceso, información y acompañamiento frente a desigualdades estructurales (TRAIT, 2024). A nivel clínico, implica una atención no patologizante, adaptada a las necesidades de personas TDG, basada en el reconocimiento social, psicológico, médico y legal, favoreciendo así un acompañamiento integral orientado al bienestar (Crapanzano y Mixon, 2022; O'Shaughnessy y Speir, 2018; Price et al., 2024, citados en Ojeda et al., 2025).

Por barreras en la atención en salud se entiende como factores que obstaculizan el acceso y utilización de servicios esenciales, mientras que por otra parte, un facilitador se entiende como factores que favorecen el acceso efectivo a estos servicios (Houghton et al, 2022; Hirmas et al., 2013). Las barreras de acceso a la salud se entienden como factores individuales y del entorno que impiden o dificultan recibir atención y diagnóstico en condiciones de oportunidad y calidad dentro de un sistema integral. Estas barreras suelen expresarse en obstáculos económicos como los altos costos de medicamentos, consultas y exámenes; en aspectos emocionales y sociales como el temor o la vergüenza al acudir a un servicio de salud, la desconfianza hacia los equipos médicos y los tratamientos prescritos; así como en estigmas, creencias y mitos que refuerzan la exclusión. Frente a ello, los facilitadores del acceso están dados por el apoyo de redes sociales, la importancia atribuida a la atención como medio para reducir riesgos y complicaciones, y la capacidad de los servicios para adaptarse a las necesidades de los pacientes, ofreciendo programas y cuidados acordes a sus contextos (Hirmas et al., 2013).

Esta investigación se vincula al eje estratégico de investigación y objetivo de desarrollo sostenible número tres, de salud y bienestar, dado su enfoque hacia la promoción del bienestar integral de las comunidades con diversidad de género en el acceso servicios de salud con prácticas trans-afirmativas que validen sus identidades y permita un acompañamiento adecuado

a sus necesidades. Y, por último, este trabajo de Grado se encuentra integrado al Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, aliado en el proyecto *TRAIT: Training to Raise Awareness and Inclusion of Transgender* (2023-1-CZ01-KA220-VET-000160060), financiado por la Comisión Europea y liderado por HERTIN de la República Checa.

Método

Diseño

Se realizó una investigación cualitativa de datos secundarios con diseño narrativo–temático, que permitió indagar sobre las trayectorias vitales y profesionales con relación a la atención en salud a personas trans; identificando barreras y facilitadores dentro de su práctica en profundidad (Bini et al., 2025). Está hace parte del Proyecto TRAIT, el cual se desarrolló entre el 2024 y agosto del 2025 y en la cual los autores de este trabajo de grado, en compañía de la directora pudieron participar del proceso de trabajo de campo.

Participantes

La muestra estuvo conformada por seis profesionales de la salud, de los cuales cinco se identifican como mujeres y una persona como no binarie, quienes estuvieron vinculados en el Proyecto TRAIT como participantes de algunos de los procesos de formación y-o encuentros grupales presenciales o virtuales. Sus edades oscilaban entre los 32 y los 69 años, y sus áreas de formación son: la psicología clínica, la ginecología, la medicina familiar y la investigación con comunidades trans. En cuanto a su ubicación geográfica, se encuentran distribuidos en Cali (Colombia), Canarias y Barcelona (España) y Lecce (Italia). Como criterios de inclusión y exclusión, se estableció que los participantes debían residir en los países mencionados, encontrarse en ese momento vinculados a procesos de atención trans-afirmativa dirigidos a la comunidad trans y contar con una trayectoria mínima de tres años de experiencia en este tipo de trabajo.

Estrategia de recolección de datos

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada, compuesta por 29 preguntas organizadas en cuatro ejes temáticos: a) trayectoria y barreras, b) trayectoria y facilitadores, c)

atención trans-afirmativa y d) identificación de necesidades en el contexto de la salud, que permitió profundizar en las experiencias, percepciones y significados atribuidos por los participantes al campo específico o de la atención a personas trans. Estas entrevistas se realizaron en modalidad virtual y tuvieron una duración promedio de una hora y cuarenta minutos.

La Guía de entrevista fue construida *ad hoc* por la directora de esta investigación en apoyo con los estudiantes a partir de su experticia y trabajo en los estudios trans de más de diez años (Arce-Leonel et al., 2022; Hoyos-Hernández y Zapata et al., 2024; Hoyos-Hernández et al., 2021). Esta fue revisada por la investigadora principal del Proyecto TRAIT, quien es doctora en Psicología de la Comunicación, licenciada en Comunicación social, periodista, profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona, investigadora y conferencista internacional en temas vinculados a la prosocialidad aplicada y atención transpositiva, con el fin de asegurar la pertinencia del contenido, el lenguaje inclusivo y el enfoque transpositivo. A partir de su revisión, ella avaló la guía y su pertinencia. No se realizó prueba piloto considerando la postura ético política del estudio, del proceso acompañado por el Proyecto TRAIT, de las habilidades para entrevistar de los estudiantes de último año y para evitar el extractivismo académico. Las categorías se establecieron a partir de los objetivos específicos se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 1.

Definición conceptual de las categorías

Objetivo específico	Categorías	Definición conceptual
Describir los roles, aprendizajes construidos y los recursos utilizados por profesionales relacionadas con el acompañamiento en salud de personas trans	Trayectorias profesionales	Proceso dinámico que integra formación académica, experiencias laborales y aprendizajes en la práctica clínica o comunitaria. Permite analizar cómo los profesionales construyen su identidad laboral y las estrategias que implementan en la atención en salud de personas trans (Adya & Kayser, 2005; Jiménez, 2009).
Establecer las barreras y facilitadores que inciden en el acceso y la calidad de la atención en salud de esta población, considerando dimensiones personales, sociales, institucionales, jurídicas y educativas.	Barreras en la atención en salud	Factores estructurales, institucionales, sociales y culturales que limitan el acceso oportuno, digno y equitativo a los servicios de salud. Incluyen prácticas discriminatorias, falta de formación, costos elevados, patologización, cisexismo y ausencia de protocolos inclusivos (Hirmas et al., 2013; Hoyos - Hernandez et al., 2021).
	Facilitadores en la atención en salud	Recursos y condiciones que favorecen el acceso efectivo y humanizado a la salud. Incluyen redes de apoyo comunitario, capacitación especializada, uso de lenguaje inclusivo, políticas afirmativas y apertura de los profesionales al reconocimiento de identidades diversas (Houghton et al., 2022; Calderón-Jaramillo et al., 2020).
Comparar las prácticas, políticas y experiencias entre los contextos de Europa y Colombia.	Atención trans-afirmativa	Modelo de atención que valida y acompaña la autodeterminación de género, reconociendo a las personas trans como sujetos de derecho y productores de conocimiento. Implica enfoques diferenciales, interseccionales y de no discriminación, así como la creación de rutas claras y equipos interdisciplinarios para garantizar la equidad en salud (TRAIT, 2024; Millet, 2020; Heward-Belle et al., 2025).
Proponer recomendaciones para fortalecer la formación, la práctica clínica y las políticas de salud orientadas hacia la atención trans-afirmativa e inclusiva.	Necesidades y propuestas	Conjunto de acciones sugeridas a partir de la evidencia empírica y teórica, que buscan mejorar la capacitación profesional, adaptar protocolos a contextos locales y construir políticas públicas inclusivas y culturalmente competentes. Responden a brechas de formación, investigación y articulación institucional (Valderrama y Hoyos - Hernandez, 2023; Alarcon et al., 2023).

Procedimiento

Fase 1. Preparación conceptual y metodológica: En esta etapa se desarrolló la revisión sistemática y crítica de la literatura sobre atención en salud trans-afirmativa, con especial a los contextos Españoles, Italianos y Colombianos. A partir de este proceso se delimitaron las categorías conceptuales centrales (trayectorias profesionales, barreras, facilitadores, atención trans-afirmativa y necesidades/propuestas), que sirvieron como marco para el diseño de la guía de entrevistas semiestructuradas. Esta fase también incluyó la articulación con el proyecto internacional TRAIT, lo que permitió enmarcar la investigación dentro de un esfuerzo colaborativo y transnacional.

Fase 2. Contacto y selección de participantes: A través de la directora del trabajo de grado y la Investigadora Principal del Proyecto al que se articula este trabajo de Grado, se estableció comunicación con profesionales de la salud en Cali, Barcelona, Canarias, Lecce y Puglia que cumplían con los criterios de inclusión: tener al menos tres años de experiencia en la atención a personas trans y estar vinculados activamente a procesos clínicos o comunitarios. El acercamiento se realizó de manera respetuosa, explicando el propósito del estudio y garantizando la voluntariedad en su participación.

Fase 3. Entrevistas y producción de la información: Una vez confirmado el interés de los participantes, y firmado el Formulario de Consentimiento Informado se llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas de forma virtual, con una duración promedio de una hora y cuarenta minutos. Estas entrevistas se organizaron en torno a cuatro ejes: a) trayectorias y barreras, b) trayectorias y facilitadores, c) experiencias de atención trans-afirmativa y d) identificación de necesidades. Se privilegió un clima de confianza, procurando que los profesionales pudieran narrar sus experiencias sin presiones, reconociendo sus aportes como parte esencial del conocimiento.

Fase 4. Registro, sistematización y análisis de la información: Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento expreso y posteriormente transcritas de manera rigurosa. Todo el material se organizó en archivos digitales bajo estrictas medidas de confidencialidad. Para el análisis se empleó el software Atlas.ti versión 25, siguiendo la técnica de análisis temático propuesta por Braun y Clarke (2006). Este procedimiento permitirá identificar patrones comunes y divergencias en las narrativas de los profesionales de cada país, atendiendo a elementos lingüísticos, contextuales y culturales. El análisis se llevó a cabo mediante la técnica de análisis temático (Braun y Clark, 2006), de forma coherente con el enfoque narrativo de la investigación. Los códigos se construyeron, principalmente, de manera inductiva y bottom-up (de abajo hacia arriba) desde las narrativas de las participantes a través del Software Atlas ti.25, integrando las categorías preestablecidas y permitiendo otras que puedan emerger durante el análisis. Esto se ancló a un proceso iterativo de significados que surgieron y se transformaron a partir de los análisis e interpretaciones de las narrativas de las personas participantes (Saldana, 2013), siguiendo el esquema de organización, segmentación y correlación para un proceso de codificación que permitió identificar, analizar y reportar los patrones que se derivaron luego de la relectura de la información recolectada (Barrera et al., 2012).

Las narrativas dieron cuenta de las interpretaciones de las personas sobre situaciones que han vivido en diálogo con las elaboraciones que emergieron durante la entrevista e integraron deseos, proyectos y perspectivas (Vasilachis de Gialdino, 2006). De esta manera, para la autenticidad de esta investigación, se realizó un proceso de CQR: Investigación Cualitativa Consensual (Santiago et al., 2011), garantizando la fidelidad y transferencia de las experiencias del personal de la salud a partir del contexto en el que se expresaron.

Fase 5. Contrastación y reflexión transnacional: Con los resultados se realizó un ejercicio de comparación entre los contextos de Europa y Colombia, que buscó reconocer tanto

las similitudes en las barreras y facilitadores como las particularidades propias de cada sistema sanitario. Esta fase fue clave para articular el análisis desde una mirada psicosocial y crítica, resaltando cómo las trayectorias profesionales se ven atravesadas por marcos legales, socioculturales e institucionales distintos.

Fase 6. Elaboración de propuestas y socialización académica: Los hallazgos se organizaron en torno a recomendaciones prácticas y de política pública para fortalecer la formación profesional y la atención trans-afirmativa. Estos resultados se integrarán en la red académica y comunitaria vinculada al proyecto TRAIT, con el propósito de aportar a la construcción de rutas de atención más inclusivas, culturalmente competentes y respetuosas de la diversidad de género. En este espacio se integrarán las personas participantes, las cuales además recibirán una copia del trabajo de grado una vez sea aprobado en su instancia académica final.

Consideraciones éticas

El presente estudio se inscribe dentro del proyecto internacional *TRAIT: Training to Raise Awareness and Inclusion of Transgender* y corresponde con los avales aprobados según el registro: 2023-1-CZ01-KA220-VET-000160060). De igual forma, a investigación se enmarca en la Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y en la Resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

La presente investigación se clasifica como riesgo mínimo, según la Resolución No. 008430 de 1993, lo cual se refiere a estudios de carácter prospectivo que utilizan procedimientos habituales en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento, la

realización de ejercicio moderado en personas sanas, así como la aplicación de pruebas psicológicas a individuos o grupos, siempre que no impliquen manipulación de la conducta de los participantes.

Para garantizar la confidencialidad de las personas participantes, las narrativas y los datos sociodemográficos serán tal y como estas personas desearon aparecer. En todos los casos no desean total anonimato dado que hace parte de sus posicionalidades y lugares de enunciación, que en estudios con los diseños narrativos es central preservar desde las voces. Sin embargo, en algunos casos los datos a presentar serán muy generales y en ningún lado se integraron datos que develaran sus identidades. Durante las entrevistas no se tuvo que realizar ningún acompañamiento emocional o manejo de temas sensibles. Quienes participaron tienen amplias trayectorias en el tema y en caso de que se hubiese podido presentar alguna situación, se disponía del apoyo del Proyecto TRAIT, el cual tiene presencia en los tres países con equipos expertos, los estudiantes tiene habilidades para el manejo de situaciones afines a ello y la directora estuvo atenta a posibles situaciones a contener o dar algún manejo ético o emocional. Finalmente, es importante establecer que quienes hicieron parte de las entrevistas estuvieron integrados al Proyecto TRAIT, el cual ha consolidado una red transnacional en el tema de estudios trans.

Posicionalidad: La presente investigación surge desde una perspectiva moral que reconoce la importancia de promover una mirada ética y humanista orientada al respeto, la equidad y la dignidad de todas las personas, sin importar su identidad o expresión de género. Asumimos una postura que rechaza toda forma de discriminación y defiende el derecho de cada individuo a recibir un trato justo y acorde con sus necesidades particulares.

Resultados

En este apartado se expondrán las distintas narrativas de los profesionales de la salud participantes respecto a la atención trans-afirmativa, a partir de las categorías planteadas a priori a través del proceso de codificación y análisis temático. Para ello, el proceso de análisis se realizó con el ATLAS. TI 25, y se integró además un análisis de co-ocurrencias de las narrativas de los participantes con este mismo software.

A continuación, se presentan los resultados en orden según las categorías: a) trayectorias profesionales, b) barreras en la atención en salud, c) facilitadores en la atención en salud, d) atención trans afirmativa y e) propuestas. Para ello se realizará primero un contexto que agrupa los aspectos en común y aquellos que puedan ser distales o narrativas divergentes, para posteriormente soportar con un par de narrativas textuales de quienes participaron.

Tabla 2

Personas participantes

Nombre, Pseudónimo	Edad, años	Género	Ciudad en la que ejerce	Ocupación	Nivel académico	Años de experiencia
LB	37	Mujer cisgenero	Cali, Colombia	Médica (Medicina familiar)	Posgrado, Maestría	14
MJ	50	Mujer cisgenero	Provincia de las palmas, España	Psicóloga (Psicología clínica)	Posgrado, Maestría	24
MB	32	Mujer cisgenero	Cali, Colombia	Psicóloga (Psicología clínica)	Posgrado, Maestría	7
MR	69	Mujer cisgenero	Barcelona, España	Medica (Ginecologia y obstetricia)	Posgrado, Doctorado	50

SR	28	No binarie	Granada, España	Psicóloga (Psicología clínica)	Posgrado, Maestría	6
IT	31	Mujer cisgenero	Lecce, Italia	Psicóloga (Psicología clínica)	Posgrado, Maestría	10

Trayectorias profesionales

En la categoría Trayectorias profesionales, de manera transversal, las y los profesionales coinciden en señalar que durante el pregrado no recibieron formación específica para acompañar procesos de tránsito o atender necesidades en salud de personas trans. La aproximación inicial estuvo atravesada por la ignorancia reconocida y por un acercamiento exploratorio. Como señala LB, "*Durante el pregrado no tuve ningún acercamiento ni en la atención, ni tampoco desde el conocimiento*." (LB, 2025), y en un sentido similar MJ afirma: "*Yo no sabía qué era una transición, yo no sabía las necesidades que tenía el colectivo LGTBI, no las conocía*." (MJ, 2025). LB también describe que su acercamiento fue "*muy exploratorio, para ver de qué se trataba el tema, porque tenía total ignorancia de él*." (LB, 2025).

El reconocimiento explícito de esta falta de saber no aparece como un obstáculo definitivo, sino como un punto de partida ético que posibilitó relaciones de confianza. En la experiencia clínica relatada por MB, declarar su desconocimiento fue un elemento fundante del vínculo terapéutico: *"Le declaro mi ignorancia al respecto, y él aún así decide continuar el trabajo psicoterapéutico conmigo. Después me di cuenta de que, transferencialmente, eso fue lo que instauró la confianza en él: que yo no lo definía previamente." (MB, 2025).*

En diversos casos, la formación en temas de diversidad de género se inicia principalmente en el posgrado o en escenarios institucionales específicos, debido a la escasez de programas avalados desde el pregrado en los tres países objeto de estudio. Esta limitación es más marcada en Colombia, mientras que en Italia y España se observa

una mayor accesibilidad a este tipo de formación, lo que facilita un acercamiento más adecuado a la realidad de estas poblaciones.

> *"Durante el pregrado no tuve ningún acercamiento ni en la atención, ni tampoco desde el conocimiento. Esa formación la empecé entonces en el posgrado, durante el tiempo de la residencia, mientras estaba estudiando [...] El tiempo que estuve en el posgrado fueron tres años, entre el 2018 y el 2021. En el 2020, mi tutora era una médica familiar y sexóloga, y con ella hacía prevenciones a personas con experiencia de vida trans como un primer acercamiento" (LB, 2025)*

Paralelamente, otras trayectorias se construyeron principalmente desde la práctica comunitaria, en contacto directo con organizaciones y colectivos trans. MB refiere que su aprendizaje estuvo "basado en la práctica comunitaria, muy desde la base y con ellas, más que desde los libros." (MB, 2025), se describió este proceso como "un trabajo inmersivo" en el que su "esquema mental binario de género se confrontó completamente." (MB, 2025). El aprendizaje fue progresivo: "Al principio tenía miedo, muchas preguntas, y prefería guardar silencio para aprender." (MB, 2025), lo que posteriormente dio lugar a interacciones más reflexivas con las comunidades trans.

Otro elemento destacable en las trayectorias profesionales es el proceso de deconstrucción personal frente a prejuicios, estigmas y marcos biomédicos tradicionales. MJ reconoce que el mayor aprendizaje fue "Ser conocedora del privilegio que tenía por ser una persona CIS frente a las personas trans y poder acompañar de la mano a personas para disfrutar de los derechos que como persona le corresponden." (MJ, 2025). Este proceso de revisión transformó su práctica:

> *"Empecé a deconstruirme primero, a revisarme (...) con el tema de los VIH, el estigma, la prostitución, la realidades trans. Cuando me deconstruí empecé a acompañar mejor,*

> *porque empecé a entender y a creer toda la carga histórica de la discriminación (...) en este colectivo. Cómo estaban dañadas, qué necesitaban, cómo eliminar sus propios prejuicios (...) [y] la transfobia internalizada". (MJ, 2025)*

De igual forma, LB explica que el acercamiento a estas poblaciones implicó cuestionar aspectos personales que influyen en la práctica clínica, especialmente, prejuicios o percepciones previamente naturalizadas. En este proceso, señala que fue necesario reconocer la presencia de resistencias internas y trabajar de manera consciente sobre ellas.

> *"Tuve que hacer un proceso de deconstrucción para poder acercarme a las poblaciones (...) aparecen tensiones internas, resistencias, contratransferencias o molestias derivadas de los prejuicios (...) las barreras personales fueron muchas, iniciando por reflexionar sobre mi identidad, orientación y prejuicios." (LB, 2025).*

Dentro de estas revisiones, el lenguaje también aparece como un aspecto relevante en la relación con las personas atendidas. LB menciona que el uso del lenguaje inclusivo siendo un lenguaje neutro y sin etiquetas de género, utilizando palabras como amigue, compañere, todes, etc. De manera inicial, expresa que esto le generaba incomodidad, debido a las formas de comunicación aprendidas en la formación académica. Con el tiempo, este aspecto fue objeto de reflexión y cambio, reconociendo que "el lenguaje inclusivo debe existir, porque es una manera de mejorar el acercamiento entre las personas" (LB, 2025).

Por último, en algunos relatos la trayectoria profesional se origina en un acontecimiento crítico, que funciona como punto de inflexión y compromiso institucional:

> *"En el año 2011 (...) vinieron un par de mujeres trans al servicio que yo dirigía (...) y las atendió un ginecólogo [que] las maltrató de manera importante (...) Aquel día les*

prometí que algún día habría un servicio de atención a la salud sexual y reproductiva, respetuosa con sus necesidades." (MR, 2025)

En algunas trayectorias, estos procesos se acompañan de la incorporación de enfoques centrados en la relación entre el profesional y la persona atendida. MP describe que recientemente comenzó a trabajar desde un enfoque basado en la relación, cuyo objetivo principal es generar confianza y favorecer un espacio de diálogo.

"Lo esencial es lograr un espacio de reflexión personal entre ambas personas, que permita una comunicación y genere confianza (...) la atención positiva o afirmativa la veo como una posibilidad de brindar atención dando respuesta a las necesidades diferenciales de la persona." (MB, 2025).

En la práctica cotidiana, algunas experiencias enfatizan el acompañamiento respetuoso de los ritmos individuales de cada proceso. SR explica que su trabajo consiste en acompañar "desde el respeto al ritmo de cada persona", señalando también que "la identidad no depende de la cirugía, sino del reconocimiento subjetivo" (SR, 2025).

Finalmente, algunas experiencias se extienden hacia ámbitos de incidencia institucional o política. IT describe que en su trabajo es importante promover la inclusión en contextos educativos y sanitarios, señalando que los sistemas administrativos pueden generar vacíos en el acceso a programas de prevención. Como ejemplo, menciona situaciones en las que, tras el cambio registral de sexo, algunos hombres trans dejan de recibir citaciones para exámenes preventivos como el Papanicolaou, debido a que el sistema sanitario los reconoce únicamente como hombres (IT, 2025).

Se identifica entonces que las trayectorias profesionales descritas se caracterizan por haberse construido de forma progresiva y, principalmente, fuera de la formación universitaria

inicial. El acercamiento al acompañamiento de personas trans surgió a partir de experiencias prácticas, formación en posgrado y trabajo comunitario. Estos procesos implicaron reconocer la falta de conocimiento inicial, revisar prejuicios personales y adaptar las prácticas de atención.

Barreras en atención en salud

En la categoría *Barreras en la atención en salud*, los relatos describen obstáculos que aparecen en distintos niveles: estructurales, institucionales, formativos y relacionales. Estas barreras afectan tanto el acceso a los servicios como la calidad de la atención ofrecida a las personas trans. Una primera dificultad identificada guarda relación con el acceso inicial a orientación e información sobre procesos afirmativos de género. En algunos contextos institucionales, especialmente, fuera de servicios especializados, el acompañamiento se limita a brindar información general debido a restricciones institucionales.

> *"Algunas personas de la comunidad tienen dificultades para acceder al sistema de salud o aclarar dudas frente a sus procesos afirmativos de género, entonces se hace (...) una asesoría (...) se le brinda la información inicial para que pueda hacer su proceso." (LB, 2025)*

Otra barrera que aparece descrita se relaciona con las condiciones estructurales del sistema de salud, particularmente con la disponibilidad limitada de profesionales especializados. Los procesos de tránsito suelen requerir la participación de diferentes especialidades médicas, cuya escasez dificulta el acceso oportuno a la atención.

> *"Cuando tienes una situación de salud que requiere atención especializada, inmediatamente eso implica una barrera, porque el número de especialistas por*

> *habitante en el país es muy bajo (...) endocrinos, psiquiatras, cirujanos plásticos, urólogos o ginecólogas no están tan disponibles."* (LB, 2025)

En la práctica, además, las rutas de atención no siempre corresponden con lo establecido en la normativa. Aunque algunas regulaciones indican que las personas pueden acceder directamente a ciertas especialidades, en realidad se exige pasar previamente por medicina general: *"La normativa dice eso, pero para ir a cualquier especialidad, primaria o no primaria, toca pasar por medicina general."* (LB, 2025)

A estas limitaciones se suman barreras relacionadas a servicios específicos vinculados al proceso de tránsito, como el acceso a tratamientos hormonales o cirugías de afirmación de género. Los relatos describen dificultades relacionadas con la disponibilidad de medicamentos, la autorización de procedimientos y los costos asociados.

> *"Otra barrera que encuentro es el acceso a servicios puntuales del tránsito, como la armonización y las cirugías (...) también por el desabastecimiento de medicamentos (...)"* (LB, 2025)

> *"Otra barrera es la autorización de las cirugías, porque son costosas, y eso es un tema muy complejo."* (LB, 2025)

Las narrativas también mencionan barreras que vienen de experiencias de discriminación o trato violento dentro de los servicios de salud. Cuando una persona enfrenta rechazo, prejuicio o maltrato durante una consulta, esto puede generar una ruptura definitiva con el sistema de atención: *"Si una persona va a una atención y encuentra violencias, discriminación, prejuicio o rechazo, no va a volver."* (LB, 2025)

Estas situaciones pueden manifestarse de distintas maneras dentro de los espacios de atención. En algunos casos, se describen episodios de exposición pública de la identidad o el nombre jurídico o negación directa de la atención.

> *"Puede suceder que un hombre trans acuda a un consultorio para una visita ginecológica y sea llamado con el nombre femenino registral delante de todas las personas, o que una ginecóloga se niegue a atenderlo porque 'no sabe cómo hacerlo'."* (IT, 2025)

Otra dimensión señalada corresponde a las barreras relacionadas con la formación profesional. En varios relatos se describe que los currículos universitarios continúan reproduciendo prejuicios o no abordan suficientemente las diversidades sexuales y de género, lo que genera carencias formativas que se reflejan posteriormente en la práctica clínica: *"En la formación médica, los avances no van al ritmo de las necesidades de la población."* (LB, 2025).

De forma similar, se menciona que incluso entre estudiantes de pregrado aún persiste un desconocimiento significativo sobre orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

> *"Si a estas alturas uno se encuentra con estudiantes de pregrado que no han tenido acercamiento a las orientaciones o identidades de género diversas, eso quiere decir que desde el pregrado todavía falta hablar de estos temas."* (MB, 2025)

Además de la formación académica, los relatos describen barreras asociadas a las disposiciones subjetivas de los profesionales. En algunos casos, se menciona que la atención puede verse limitada cuando los profesionales definen previamente la identidad de la persona o interpretan la experiencia trans únicamente a partir de categorías diagnósticas: *"Los*

profesionales que definen la identidad trans basándose en manuales diagnósticos suelen tener un preconcepto sobre a quién van a atender." (MB, 2025)

También se describen situaciones en las que el profesional formula interpretaciones anticipadas sobre la experiencia de la persona que consulta: *"Si llega una persona trans y el profesional dice: 'Ah, tienes disforia de género', ya la está encasillando."* (MB, 2025)

En estos relatos también se evidencia la influencia de marcos culturales binarios, los cuales organizan la comprensión del género en categorías opuestas y excluyentes, como hombre y mujer o masculino y femenino. Estos esquemas no solo configuran las interacciones en la consulta, sino que también inciden en el acceso a determinados procesos dentro del sistema de salud. En este sentido, las personas cuyas identidades y expresiones de género se ajustan más a los modelos socialmente esperados tienden a encontrar menor resistencia institucional, siendo más fácilmente comprendidas y validadas por los profesionales. Por el contrario, aquellas cuyas experiencias desbordan estos binarios, tales como identidades no binarias o expresiones de género no normativas, suelen enfrentar mayores barreras, cuestionamientos y dificultades en el reconocimiento de sus necesidades, lo cual da cuenta de cómo estos marcos culturales operan como dispositivos de regulación dentro del ámbito clínico: *"En la medida en que las personas trans se alinean más con los modelos binarios, pueden encontrar menos barreras."* (MB, 2025)

El lenguaje también aparece descrito como una dificultad dentro de los procesos de atención. La estructura binaria del idioma y la falta de familiaridad con ciertos usos lingüísticos pueden generar errores o incomodidades en la interacción: *"El lenguaje es una barrera en sí mismo, porque nuestra lengua está muy marcada por el binarismo."* (SR, 2025)

Los relatos también identifican barreras institucionales y territoriales, particularmente cuando los servicios especializados se concentran en ciertas ciudades. En estos casos, las

personas deben desplazarse largas distancias y enfrentar tiempos prolongados de espera para acceder a la atención.

> *"En Lecce, por ejemplo, no existen servicios de este tipo y las personas deben desplazarse hasta Bari… y a menudo deben esperar incluso un año para una primera consulta psiquiátrica."* (IT, 2025)

Finalmente, algunas narrativas sitúan las barreras en contextos políticos y culturales más amplios, donde discursos públicos y debates políticos influyen en las condiciones de acceso a derechos y servicios.

> *"Hay un partido político que está absolutamente en contra de los derechos de las personas LGTBI (…) siento que una de las grandes barreras es la mentalidad que se está radicalizando en esos discursos de odio."* (MJ, 2025)

Se identifica entonces que las barreras en la atención en salud de personas trans se configuran en distintos niveles que incluyen dimensiones estructurales, institucionales, formativas y relacionales. Los relatos describen dificultades de acceso relacionadas con la escasez de profesionales especializados, las limitaciones del sistema de aseguramiento y los obstáculos para acceder a servicios específicos vinculados a los procesos de tránsito, como tratamientos hormonales o cirugías. Asimismo, se mencionan carencias en la formación profesional, la presencia de enfoques clínicos basados en marcos binarios y experiencias de discriminación o incomodidad dentro de los servicios de salud. A esto se suman factores culturales, lingüísticos y políticos que influyen en la forma en que las personas trans acceden y son atendidas en el sistema sanitario.

Facilitadores en la atención en salud de personas trans

Los relatos de los profesionales permiten comprender la categoría de *facilitadores* como un conjunto de factores que han permitido mejorar progresivamente la atención en salud dirigida a personas trans. Entre los elementos más relevantes se encuentran los procesos de formación profesional, la creación de modelos de atención trans-afirmativa, el trabajo comunitario con organizaciones LGTBI y los avances normativos en materia de derechos.

Uno de los facilitadores señalados es el proceso de formación posterior al pregrado, particularmente en espacios de posgrado, residencias médicas o experiencias clínicas especializadas. LB señala que su acercamiento a la atención de personas trans comenzó durante su formación de especialización, relatando que *"durante el pregrado no tuve ningún acercamiento ni en la atención, ni tampoco desde el conocimiento. Esa formación la empecé entonces en el posgrado, durante el tiempo de la residencia"* (LB, 2025). Asimismo, destaca el acompañamiento interdisciplinario por parte de profesionales con experiencia en diversidad de género: "*en el 2020 mi tutora era una médica familiar y sexóloga, y con ella hacía prevenciones a personas con experiencia de vida trans como un primer acercamiento*" (LB, 2025).

Por otra parte, SR identifica como facilitador la posibilidad de construir vínculos terapéuticos basados en la honestidad y el reconocimiento del propio desconocimiento. Como relata desde su experiencia clínica, "*le declaro mi ignorancia al respecto, y él aún así decide continuar el trabajo psicoterapéutico conmigo*" (SR, 2025), señalando que esta postura fue precisamente lo que instauró la confianza: "después me di cuenta de que eso fue lo que instauró la confianza: que yo no lo definía previamente" (SR, 2025).

En la experiencia de MP, uno de los principales facilitadores ha sido el trabajo interdisciplinario, el cual permite abordar las necesidades de las personas trans desde diferentes perspectivas profesionales. En sus palabras, "*la atención a personas trans no puede pensarse*

desde una sola disciplina, es un trabajo que requiere articulación entre medicina, psicología y trabajo social" (MP, 2025). Asimismo, resalta la importancia de generar espacios académicos e investigativos, señalando que "*es fundamental que la academia empiece a investigar más sobre estos procesos, porque durante mucho tiempo han sido invisibilizados*" (MP, 2025).

Otro facilitador destacado es el trabajo desarrollado desde organizaciones comunitarias y colectivos LGTBI. IT describe cómo su trabajo se articula con organizaciones que brindan orientación y acompañamiento a personas trans, señalando que "muchas de las personas que llegan a consulta vienen derivadas desde el Sportello Trans, donde primero reciben orientación sobre sus necesidades" (IT, 2025), y que "*el trabajo con asociaciones y colectivos trans ha sido fundamental para aprender directamente de las experiencias de las personas*" (IT, 2025).

De manera similar, MJ identifica como facilitador el trabajo articulado entre organizaciones sociales, instituciones públicas y profesionales de salud. Desde su experiencia dentro del colectivo GAMA, destaca que "*a partir de la aprobación de la ley empezaron a venir muchas más personas trans al colectivo buscando acompañamiento*" (MJ, 2025), y resalta los procesos de sensibilización dirigidos a diferentes sectores: "se empezó a trabajar con sanidad, educación y servicios sociales para que conocieran las realidades trans y pudieran atender mejor" (MJ, 2025).

Además, MR señala como facilitador la creación de modelos institucionales de atención trans-afirmativa dentro del sistema de salud. Este proceso se inició a partir de un compromiso personal frente a situaciones de discriminación vividas por pacientes trans: "*aquel día les prometí que algún día habría un servicio de atención a la salud sexual y reproductiva respetuoso con sus necesidades*" (MR, 2025). Posteriormente, este compromiso se materializó en un modelo que prioriza la autonomía de las personas usuarias: "*la idea era que las personas*

pudieran acceder al sistema sanitario sin tener que pasar primero por una evaluación psiquiátrica obligatoria" (MR, 2025).

Las narrativas de las personas entrevistadas permiten identificar que los facilitadores en la atención en salud de personas trans se configuran a partir de procesos interrelacionados que incluyen formación profesional, trabajo interdisciplinario, articulación con organizaciones comunitarias y transformaciones institucionales en los sistemas de salud. Estos elementos han contribuido a la consolidación progresiva de enfoques de atención trans-afirmativa que reconocen la diversidad de experiencias de género y promueven prácticas clínicas basadas en el respeto, la autonomía y la dignidad de las personas trans.

Atención Trans-afirmativa

Los relatos de los profesionales participantes permiten comprender la categoría de *atención trans-afirmativa* como un enfoque de cuidado en salud centrado en el reconocimiento de la identidad de género, el respeto por la autonomía de las personas trans y la construcción de relaciones terapéuticas basadas en la confianza y la no patologización. A través de las narrativas se evidencia que esta forma de atención trasciende la dimensión estrictamente clínica, incorporando perspectivas biopsicosociales, éticas y relacionales orientadas al bienestar integral de las personas.

En primer lugar, algunos profesionales conceptualizan la atención trans-afirmativa desde un enfoque diferencial e integral, que articula múltiples dimensiones del proceso de salud. Desde la medicina familiar, por ejemplo, se plantea la importancia de abordar la experiencia de las personas trans desde un enfoque biopsicosocial y de género que permita reconocer la complejidad de sus trayectorias de vida y sus necesidades particulares. En este sentido, LB señala que la atención debe considerar *"los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y las creencias espirituales para poder intervenir algunas situaciones específicas"*

(LB, 2025), destacando además la relevancia de comprender las trayectorias individuales de las personas trans, ya que *"no todas las personas van a estar alineadas en un mismo proceso, ni tendrán las mismas necesidades"*. Desde esta perspectiva, la atención afirmativa se orienta a construir intervenciones ajustadas a la singularidad de cada experiencia de tránsito.

En consonancia con lo anterior, varios participantes subrayan que la atención trans-afirmativa requiere una relación terapéutica basada en la confianza y la comunicación, donde el vínculo entre profesional y persona atendida se convierte en un elemento central del proceso de cuidado. Para LB, este componente relacional constituye uno de los aspectos más importantes del ejercicio clínico, ya que implica "*generar un espacio de reflexión personal entre ambas personas, que permita una comunicación y genere confianza"* (LB, 2025), lo cual solo puede consolidarse mediante la continuidad en la atención y el acompañamiento a lo largo del tiempo. De este modo, el enfoque afirmativo no se limita a protocolos o intervenciones específicas, sino que se fundamenta en la construcción de un vínculo que posibilite el diálogo y la toma de decisiones compartidas.

Por otra parte, los testimonios enfatizan que una atención trans-afirmativa debe fundamentarse en el reconocimiento y respeto de la identidad de género autodeterminada, evitando prácticas estigmatizantes o patologizantes. Desde esta perspectiva, el enfoque afirmativo supone adoptar una postura ética que garantice el respeto por la dignidad y la autonomía de las personas trans dentro de los sistemas de salud. En palabras de IT, se trata de una atención que *"reconoce y respeta la identidad de género autodeterminada de la persona"*, ofreciendo *"cuidados competentes, inclusivos y libres de juicio", en los que se utilicen los pronombres correctos y se eviten procedimientos patologizantes. Así, SR define la atención transpositiva como aquella que está "libre de estigmas, prejuicios o discriminación"* (SR,

2025) y que respeta el nombre, los pronombres y la identidad de la persona, evitando que se le niegue atención médica debido a su género o apariencia.

Otro aspecto relevante que emerge en los relatos es la importancia del acompañamiento interdisciplinario en las trayectorias de atención. Los participantes destacan que las necesidades de las personas trans no se limitan a un único ámbito clínico, sino que pueden involucrar dimensiones psicológicas, sociales y familiares que requieren la intervención coordinada de diferentes profesionales. En este sentido, se describe la articulación entre áreas como psicología, trabajo social y medicina familiar para abordar situaciones complejas. Como se menciona en uno de los relatos, dependiendo de la situación de la persona se coordina un acompañamiento conjunto entre diferentes áreas, especialmente cuando existen factores de riesgo relacionados con la salud mental o el contexto familiar. Esta articulación interdisciplinaria permite generar respuestas más integrales frente a las necesidades identificadas en los procesos de atención.

Asimismo, los participantes resaltan que la salud mental constituye un eje transversal en las trayectorias de atención trans-afirmativa. Diversos relatos evidencian que las personas trans enfrentan frecuentemente experiencias de ansiedad, depresión o malestar psicológico asociadas a contextos de discriminación, exclusión social o presión normativa sobre el cuerpo y la identidad. En este sentido, MP señala que “la salud mental está transversalizada en todo” (MP, 2025), ya que vivir en un cuerpo trans implica afrontar una carga cotidiana marcada por interacciones sociales que pueden resultar hostiles o invalidantes. Teniendo esto en cuenta, el acompañamiento psicológico se orienta a fortalecer recursos personales y promover procesos de reflexión que permitan tomar decisiones informadas respecto a los procesos corporales y de tránsito. En palabras de la misma participante, *“el trabajo clínico consiste en acompañar a las*

personas para que las decisiones sobre su cuerpo se realicen desde la conciencia después de pensarlo y asumir las consecuencias" (MP, 2025).

Es por todo esto que, algunos profesionales conceptualizan la atención trans-afirmativa desde una perspectiva basada en derechos humanos y despatologización de las identidades trans. Desde este enfoque, el objetivo del acompañamiento no es validar o cuestionar la identidad de la persona, sino crear condiciones que permitan su expresión y desarrollo pleno. MJ plantea que el enfoque transpositivo implica comprender la identidad desde "el respeto y la dignidad que tiene el ser lo que uno siente y sabe que es", promoviendo una visión positiva de la diversidad y contraria a prácticas como las terapias de conversión. De manera complementaria, MR enfatiza que *"el principio central de este enfoque es la autonomía, señalando que la atención debe partir de la autonomía total de la persona en todas sus decisiones, sin imponer restricciones innecesarias desde los protocolos médicos cuando la persona tiene claridad sobre sus necesidades" (MR, 2025).*

Propuestas

Los relatos de los profesionales participantes permiten comprender la categoría de propuestas como un conjunto de recomendaciones orientadas a transformar la atención en salud dirigida a personas trans, tanto desde el ámbito formativo como desde las prácticas institucionales y comunitarias. A través de las narrativas se evidencia que los participantes identifican brechas significativas en los procesos actuales de atención y señalan líneas de acción concretas para fortalecer una atención afirmativa, integral e inclusiva.

Una de las propuestas que emerge con mayor frecuencia en los testimonios es la necesidad de incorporar contenidos sobre diversidad de género e identidades trans en la formación universitaria de los y las profesionales de salud. LB señala que su proceso formativo

no le brindó herramientas suficientes para comprender las necesidades específicas de las personas trans, relatando que "*durante el pregrado no tuve ningún acercamiento ni en la atención ni tampoco desde el conocimiento"* (LB, 2025). A partir de esta experiencia, plantea que sería fundamental que los currículos médicos incorporen estos contenidos desde etapas tempranas, señalando que en "*la formación médica se incluyan contenidos sobre diversidad de género y atención a personas trans*" (LB, 2025).

En consonancia con lo anterior, SR propone transformar la relación terapéutica hacia enfoques más horizontales, abiertos y respetuosos de la experiencia subjetiva de las personas trans. Para SR, este cambio implica que los y las profesionales estén dispuestos a reconocer los límites de su propio conocimiento y a construir el proceso de atención de manera conjunta con las personas que acompañan. Como relata desde su experiencia clínica, frente a una situación que le resultaba desconocida "*le declaré mi ignorancia al respecto y aun así decidió continuar el proceso terapéutico*" (SR, 2025), enfatizando la importancia de "*que el terapeuta pueda escuchar sin imponer categorías previas sobre la experiencia de la persona*" (SR, 2025).

Por otra parte, MP plantea fortalecer el trabajo interdisciplinario dentro de los servicios de salud, señalando que "*la atención a personas trans requiere una mirada interdisciplinaria donde participen distintas áreas del conocimiento"* (MP, 2025). Esta propuesta se extiende al ámbito institucional, considerando que las organizaciones de salud deben generar condiciones permanentes de actualización para sus equipos: "sería importante que los hospitales y centros de salud generarán programas de capacitación continua sobre diversidad de género" (MP, 2025).

Asimismo, en varios testimonios emerge la propuesta de fortalecer la articulación entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias trans. IT destaca la importancia de reconocer el conocimiento producido en los espacios comunitarios, señalando que *"las*

asociaciones trans han construido durante años saberes muy importantes sobre acompañamiento" (IT, 2025), y que por ello "*el sistema sanitario debería trabajar más de la mano con las organizaciones comunitarias*" (IT, 2025).

Análisis de Co-ocurrencias

Tabla 3 Análisis de Co-ocurrencias

	Atencion trans-afirmativa	Barreras en la atención en salud	Facilitadores en atención en salud	Propuestas	Trayectorias profesionales
Atencion trans-afirmativa		7	40	4	26
Barreras en atención en salud	7		10	6	7
Facilitadores en la atención en salud	40	10		10	36
Propuestas	4	6	10		3
Trayectorias profesionales	26	7	36	3	

El análisis de co-ocurrencias realizado en Atlas.ti 25 permite establecer relaciones entre las categorías dentro de las narrativas. Como se observa en la Tabla 3, se registra una alta co-ocurrencia entre los facilitadores en la atención en salud y la atención trans-afirmativa, así como entre facilitadores y trayectorias profesionales. Por otro lado, las barreras en la atención en salud presentan co-ocurrencias más bajas con las demás categorías, especialmente, con facilitadores en la atención en salud y con trayectorias profesionales. Las co-ocurrencias más relevantes se observan entre propuestas y facilitadores en la atención en salud. En menor medida, también se presentan co-ocurrencias entre propuestas y barreras en la atención en salud, así como entre propuestas y trayectorias profesionales, siendo estas últimas las más bajas registradas en la Tabla.

Discusión

La presente investigación tuvo como propósito caracterizar dichas trayectorias, entendiendo por éstas el recorrido que cada profesional ha construido a lo largo de su formación, su inserción en sistemas de salud con lógicas institucionales diferenciadas y su práctica concreta de acompañamiento. Esta caracterización implicó identificar los saberes acumulados, los modelos de atención que orientan su quehacer, las tensiones éticas y clínicas que atraviesan su ejercicio, y las condiciones normativas, formativas e institucionales que habilitan o limitan una atención verdaderamente afirmativa en cada uno de los tres contextos nacionales estudiados.

Con respecto al primer objetivo que consiste en describir los roles, aprendizajes construidos y los recursos utilizados por profesionales relacionados con el acompañamiento en salud de personas trans, los hallazgos permiten comprender que la atención en salud no se configura únicamente desde marcos normativos o estructuras institucionales, sino como un proceso relacional y situado, atravesado por dimensiones subjetivas, sociales y culturales. Esto resulta consistente con lo planteado por Arce-Leonel et al. (2022), quienes señalan que la atención en salud trans debe comprenderse en relación con los contextos sociales y políticos en los que se inscribe, así como con Hoyos-Hernández et al. (2021, 2024), quienes destacan el carácter relacional de la práctica clínica. En concordancia con estos planteamientos, en la presente investigación se encontró que la calidad de la atención depende en gran medida de la capacidad del profesional para establecer vínculos de reconocimiento con las personas trans, más allá de la existencia de protocolos formales. Esto a su vez, implica una sensibilidad frente a la temática en cuestión y un proceder centrado en la humanización de la atención en salud.

Con relación a las trayectorias profesionales, Jiménez (2009) plantea que estas corresponden a un proceso dinámico en el que se articulan la formación y la experiencia laboral,

permitiendo el desarrollo progresivo del individuo en el campo profesional. De manera similar, Adya y Kayser (2005) definen la trayectoria como la secuencia de etapas educativas y laborales que configuran la inserción y permanencia en el mundo del trabajo. Estos planteamientos coinciden con los hallazgos del estudio, en tanto los profesionales describen sus trayectorias como procesos no lineales, marcados por distintos momentos de formación e inserción en el campo de la salud. Sin embargo, los resultados amplían estas perspectivas al evidenciar que, en el caso de la atención trans-afirmativa, las trayectorias no solo implican acumulación de experiencias o progresión laboral, sino transformaciones subjetivas significativas. En este sentido, más que una secuencia de etapas, las trayectorias se configuran como procesos de revisión crítica de saberes previos y en constante devenir.

Por su parte, Benavides (2017) enfatiza que la trayectoria profesional debe analizarse en términos de logros alcanzados y calidad de la experiencia laboral, considerando indicadores verificables del desempeño. Si bien este planteamiento permite comprender la dimensión objetiva de las trayectorias, los hallazgos del presente estudio sugieren que, en el campo de la salud trans-afirmativa, dicha perspectiva resulta insuficiente. En efecto, los profesionales no solo valoran los logros alcanzados, sino los procesos de aprendizaje derivados del encuentro con personas trans, los cuales implican cuestionamientos éticos y transformaciones en su práctica. De este modo, el estudio propone una ampliación del concepto de trayectoria hacia una dimensión subjetiva y relacional que no se reduce a indicadores de desempeño.

De este modo, las trayectorias profesionales no pueden comprenderse de manera neutral, ya que el encuentro clínico con personas trans expone a los profesionales a las consecuencias del estrés de minorías, lo cual genera procesos de sensibilización, cuestionamiento y transformación de sus prácticas. Este hallazgo enfatiza en los logros y la calidad de la experiencia laboral, al evidenciar que en este campo específico las trayectorias

también implican una dimensión ética y afectiva (Benavides, 2017), las cuales se anclan en las posicionalidades ético-políticas corresponsables con los derechos humanos.

Por otra parte, en relación con los roles, aprendizajes y recursos utilizados por los profesionales, los hallazgos evidencian que estos se configuran en gran medida como respuestas a las condiciones de vulnerabilidad que atraviesan las personas trans en los sistemas de salud. En este sentido, el modelo de Meyer (2003, como se citó en Jones et al., 2024) permite comprender que las experiencias de discriminación y estigmatización no solo afectan el bienestar de las personas trans, sino que también inciden en la forma en que estas se relacionan con los servicios de salud, generando desconfianza, temor y evitación.

En cuanto a la formación profesional, Arce-Leonel et al. (2022) y Valderrama y Hoyos - Hernández (2023) señalan la existencia de vacíos en la formación en diversidad de género en los programas de salud, lo cual limita la capacidad de los profesionales para brindar una atención adecuada. Este planteamiento coincide con los hallazgos del estudio, dado que los participantes refieren una ausencia significativa de contenidos relacionados con la atención a personas trans durante su formación de pregrado. No obstante, el estudio aporta un elemento diferencial al evidenciar que estos vacíos no solo generan limitaciones, sino que también configuran formas alternativas de aprendizaje, basadas en la experiencia clínica, la autoformación y el contacto directo con la población trans. Esto sugiere que, aunque la literatura enfatiza la carencia formativa, es necesario también reconocer las estrategias que los profesionales desarrollan para suplir dichas ausencias.

Asimismo, los recursos desarrollados por los profesionales, como la autoformación, el trabajo interdisciplinario y la articulación con redes de apoyo, pueden interpretarse como estrategias para responder tanto a los vacíos institucionales como a los efectos del estrés de minorías en la población atendida. Este elemento, si bien no fue directamente abordado por el

estudio, se halla documentado como una consecuencia común de la invisibilización de las necesidades de la población trans (Brooks, 1981, citado en Jones et al., 2024; Meyer, 2003, citado en Jones et al., 2024). Esto coincide parcialmente con lo planteado por Hirmas et al. (2013) respecto a los facilitadores del acceso a la salud, pero el presente estudio aporta al evidenciar que dichos recursos no solo favorecen a los pacientes, sino que también permiten a los profesionales sostener su práctica en contextos complejos.

Con respecto al segundo objetivo específico, el cual trata de establecer las barreras y facilitadores que inciden en el acceso y la calidad de la atención en salud de esta población, considerando dimensiones personales, sociales, institucionales, jurídicas y educativas. Se identifica que las barreras en la atención en salud para personas trans operan en múltiples niveles que se articulan entre sí, abarcando dimensiones estructurales, institucionales, formativas y relacionales. Esta configuración es consistente con lo planteado por Houghton et al. (2022) e Hirmas et al. (2013), quienes comprenden las barreras de acceso como factores individuales y del entorno que se expresan simultáneamente en planos económicos, emocionales, sociales e institucionales, impidiendo recibir atención en condiciones de oportunidad, calidez y calidad.

En el contexto colombiano, la barrera más prominente identificada es la distancia entre el marco normativo y las condiciones reales de atención. Aunque la regulación contempla el acceso directo a especialidades, en la práctica y salvo que se cuente con servicios prepagados, toda consulta especializada exige pasar previamente por medicina general, en un sistema donde la disponibilidad de endocrinólogos, psiquiatras, cirujanos plásticos, urólogos y ginecólogos es estructuralmente escasa. A esto se suman dificultades concretas en el acceso a tratamientos hormonales, incluyendo desabastecimiento de medicamentos, y obstáculos en la autorización y financiación de cirugías de afirmación de género, cuyo alto costo las convierte en

procedimientos de difícil cobertura. Calderón-Jaramillo et al. (2020) y Alarcón et al. (2023) han documentado que estas barreras estructurales persisten porque los marcos normativos no van acompañados de las condiciones institucionales necesarias para su implementación efectiva, mientras que Ritterbusch et al. (2018) y Valderrama y Hoyos - Hernández (2023) señalan que dichas dificultades se articulan con el estigma estructural para profundizar la exclusión de la población trans del sistema de salud.

La formación profesional constituye una barrera de alta relevancia identificada en los resultados, con expresiones diferenciadas según el contexto. En Colombia, los hallazgos señalan que los currículos universitarios continúan reproduciendo prejuicios o abordando de manera insuficiente las diversidades sexuales y de género, registrándose este desconocimiento incluso entre estudiantes de pregrado. En Italia, la situación más destacada es la dificultad para acceder a formación específica en salud trans, Barbati et al. (2025) y Marconi et al. (2024) confirman empíricamente esta situación, reportando que solo una fracción reducida de médicos generales italianos ha recibido formación específica en salud trans, pese a que casi la totalidad la considera necesaria. Cruciani et al. (2024) argumenta que la falta de preparación clínica constituyen en sí mismos una barrera de acceso, incluso cuando los profesionales manifiestan actitudes afirmativas, lo que es coherente con lo señalado por Escotorin et al. (2023) respecto a la necesidad de una mayor formación para evitar la patologización de las identidades y expresiones de género diversas.

Una tercera barrera identificada en los resultados refiere a las disposiciones subjetivas de los profesionales y a la vigencia de marcos clínicos patologizantes. En Colombia, se encuentran situaciones en las que los profesionales definen anticipadamente la identidad de la persona consultante a partir de categorías diagnósticas como la disforia de género, llegando a la consulta con preconceptos sobre a quién van a atender. Esto guarda relación con lo dicho por Lasso (2014), quien documentó que las personas trans asumen estratégicamente

diagnósticos vividos como indignos para legitimarse ante un sistema que condiciona el acceso a la validación clínica, y Antoniucci y Mateo (2016) argumentan que superar estas dinámicas requiere enfoques despatologizadores e interdisciplinarios que reemplacen las lógicas binarias que históricamente han dominado la construcción médica de las identidades de género.

Los resultados señalan que los marcos culturales binarios operan como dispositivos de regulación dentro del ámbito clínico, generando una distribución diferencial de barreras: las personas trans cuyas identidades se alinean con modelos binarios encuentran menor resistencia institucional, mientras que quienes se identifican fuera de estas categorías enfrentan mayores cuestionamientos y dificultades de reconocimiento. La estructura binaria del lenguaje constituye una expresión concreta de este fenómeno, generando errores e incomodidades en la interacción clínica que reflejan una organización conceptual que no contempla ni nombra adecuadamente la diversidad de experiencias de género, tal como señalan Antoniucci y Mateo (2016) al advertir que la construcción médica y social de las identidades de género ha estado históricamente dominada por lógicas binarias y patologizadoras, y como subrayan Escotorin et al. (2023) al enfatizar la necesidad de evitar la patologización de identidades que desbordan dicho binarismo.

Los resultados describen que las experiencias de discriminación y trato inadecuado dentro de los servicios de salud producen rupturas con el sistema que pueden volverse permanentes. Se señala explícitamente que cuando una persona trans enfrenta violencias, discriminación o rechazo durante una atención, no regresa al servicio. Esto es acorde con lo señalado por Hirmas et al. (2013) donde identifican la desconfianza hacia los equipos médicos y el temor a acudir a un servicio como barreras emocionales y sociales de alta incidencia, y resuena con lo planteado Ritterbusch et al. (2018) donde se ha documentado la violencia institucional como un determinante estructural de la exclusión de personas trans del sistema de salud colombiano.

En definitiva, los resultados sitúan un conjunto de barreras en contextos políticos y culturales más amplios, con expresiones diferenciadas en los contextos español e italiano. En España, se describe que sectores políticos organizados se posicionan activamente en contra de los derechos de las personas LGBTI, generando discursos de odio que inciden en las condiciones de acceso a servicios y derechos. En Italia, la problemática más destacada en los resultados es de orden territorial: la ausencia de servicios especializados en ciudades intermedias obliga a las personas trans a desplazarse hasta capitales regionales y a esperar hasta un año para acceder a una primera consulta psiquiátrica. Belza et al. (2024), Casas Ramírez et al. (2024) y Sánchez Holgado et al. (2024) han señalado que los avances normativos en materia de autodeterminación de género conviven con discursos de odio que tensionan su implementación efectiva en el contexto español, mientras que Barbati et al. (2025) y Cossutta (2021) documentan que el auge de sectores conservadores en Italia dificulta los procesos de reconocimiento y acceso a derechos de la población trans.

Siguiendo la línea del segundo objetivo, centrado en los facilitadores, estos pueden entenderse según Calderón-Jaramillo et al. (2020) y Houghton et al. (2022) como el conjunto de recursos y condiciones que favorecen un acceso efectivo y humanizado a la salud, tales como las redes de apoyo comunitario, la capacitación especializada, el uso de lenguaje inclusivo, la implementación de políticas afirmativas y la apertura de los profesionales al reconocimiento de identidades diversas. En este sentido, los hallazgos del presente estudio permiten ampliar esta perspectiva al evidenciar que el fortalecimiento de competencias como la escucha activa, la empatía y la creación de espacios seguros resulta fundamental para garantizar una atención libre de discriminación. En coherencia con estos planteamientos, los participantes destacan el papel de las organizaciones comunitarias y colectivos LGTBI como actores clave en la generación de redes de apoyo y espacios de acompañamiento, facilitando además la articulación con profesionales que orientan estos procesos en distintos momentos.

Estos aspectos se configuran como procesos transdisciplinares de construcción de conocimiento que aportan a la protección de los derechos y los derechos en salud de las personas trans y aporta a las brechas que la academia mantiene en la generación de procesos educativos en los distintos niveles de formación.

Estos hallazgos pueden comprenderse de manera más amplia desde el marco de la psicología de la salud, la cual, de acuerdo con Matarazzo (1980), analiza la interacción entre factores psicológicos, conductuales y sociales con los procesos biológicos en la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva, la atención trans-afirmativa trasciende la intervención exclusivamente médica o farmacológica, al incorporar dimensiones subjetivas, relacionales y estructurales que inciden en el bienestar de las personas trans. En este contexto, el trabajo interdisciplinario emerge como un facilitador clave, ya que permite abordar dichas necesidades desde múltiples perspectivas profesionales. Particularmente, el enfoque psicológico adquiere un papel central al posibilitar procesos de acompañamiento integral que reconocen la complejidad de las experiencias trans y promueven intervenciones más sensibles, contextualizadas y centradas en la persona.

Respecto al tercer objetivo específico que plantea el comparar las prácticas, políticas y experiencias entre los contextos de Europa y Colombia., Calderón-Jaramillo et al. (2019) plantean que la atención en salud trans-afirmativa debe basarse en un enfoque diferencial, orientado a responder a las necesidades específicas de la población trans desde una perspectiva de no discriminación. De manera complementaria, el enfoque propuesto por TRAIT (2024) enfatiza el reconocimiento de la autodeterminación de género y la diversidad de trayectorias vitales. Estos planteamientos son consistentes con los hallazgos del estudio, en tanto los profesionales destacan la importancia de validar la identidad de las personas trans y adaptar la atención a sus necesidades particulares. Sin embargo, los resultados evidencian que la

implementación de estos principios no siempre es uniforme, lo cual introduce una diferencia importante entre el plano normativo y la práctica clínica. En efecto, aunque los profesionales reconocen la importancia del enfoque afirmativo, en la práctica persisten tensiones derivadas de limitaciones institucionales y formativas.

Con relación a las dimensiones de la atención afirmativa, Crapanzano y Mixon (2022) y O'Shaughnessy y Speir (2018) proponen que esta debe abordar aspectos sociales, psicológicos, médicos y legales de manera integral. Si bien este modelo plantea una visión holística de la atención, los hallazgos del estudio evidencian que, en la práctica, estas dimensiones no siempre se integran de manera equilibrada. En algunos casos, se observa una priorización de los aspectos médicos, lo cual refleja la persistencia de un enfoque biomédico en los servicios de salud. De este modo, el estudio no contradice el modelo teórico, pero sí evidencia las dificultades para su implementación en contextos reales.

Los resultados señalan que las dificultades en la implementación uniforme de medidas para la tensión trans-afirmativa responden a tensiones políticas. En el contexto español, algunos sectores políticos organizados promueven discursos de odio contra los derechos LGBTI que afectan el acceso efectivo a servicios, aun cuando los avances normativos en autodeterminación de género han sido significativos (Belza et al., 2024; Casas Ramírez et al., 2024; Sánchez Holgado et al., 2024). En Italia, el auge de sectores conservadores dificulta el reconocimiento de derechos trans (Barbati et al., 2025; Cossutta, 2021), y esto se combina con una brecha territorial: la ausencia de servicios especializados fuera de las capitales regionales obliga a largos desplazamientos y esperas de hasta un año para acceder a atención psiquiátrica.

En cuanto a Colombia y como se mencionó anteriormente, la brecha entre el marco normativo y la atención real constituye la barrera central. Aunque la regulación prevé acceso directo a especialidades y el Proyecto de Ley 22 de 2024 (Ley Integral Trans) avanza en el

Congreso con propuestas de reconocimiento legal de identidad, acceso digno a la salud y protección contra la discriminación, en la práctica toda consulta exige pasar primero por medicina general, en un sistema con escasez estructural de especialistas. Ritterbusch et al. (2018) y Valderrama y Hoyos - Hernández (2023) señalan que dichas dificultades se articulan con el estigma estructural para profundizar la exclusión del sistema de salud, evidenciando una marcada distancia entre el marco legal y la experiencia cotidiana de atención (Alarcón et al., 2023; Calderón-Jaramillo et al., 2020; Lasso, 2014; Valderrama y Hoyos - Hernández, 2023).

Con relación al último objetivo, orientado a la identificación de necesidades y propuestas de intervención, estas pueden entenderse, según Alarcón et al. (2023) y Valderrama y Hoyos - Hernández (2023), como el conjunto de acciones derivadas de la evidencia empírica y teórica que buscan fortalecer la capacitación profesional, adaptar los protocolos a los contextos locales y promover políticas públicas inclusivas y culturalmente competentes. En este sentido, los hallazgos evidencian como necesidad central la incorporación de contenidos sobre diversidad de género en la formación universitaria de los profesionales de la salud, cuya ausencia no solo limita la comprensión de las realidades trans, sino que reproduce barreras estructurales en los servicios de salud, situación que la World Professional Association for Transgender Health (2022) aborda al reforzar la importancia de que los profesionales reconozcan los desafíos sociales, médicos y legales que enfrentan las personas trans y ofrezcan un acompañamiento respetuoso, informado y adaptado a cada individuo. Todo ello reafirma que las necesidades de las personas trans requieren un abordaje integral que reconozca dimensiones psicológicas, sociales y culturales y que promueva el trabajo interdisciplinario como eje de una atención más digna, inclusiva y centrada en la persona.

La presente investigación permitió caracterizar las trayectorias de atención en salud trans-afirmativa de profesionales que ejercen en Colombia, España e Italia, evidenciando que

estas no se configuran principalmente desde la formación académica inicial, sino a partir de procesos progresivos de aprendizaje en la práctica, formación posgradual y experiencias comunitarias. En este sentido, las trayectorias profesionales analizadas se construyen en tensión con vacíos estructurales del sistema educativo y sanitario, lo que sitúa a los profesionales en escenarios donde el aprendizaje depende en gran medida de la reflexividad, la disposición ética y el contacto directo con las comunidades trans.

Uno de los hallazgos centrales del estudio radica en la identificación de múltiples barreras que operan de manera articulada en los distintos contextos analizados. Estas barreras no solo se ubican en el nivel estructural, como la escasez de especialistas, las dificultades de acceso a servicios específicos de tránsito y las limitaciones administrativas, sino también en dimensiones formativas y relacionales, particularmente en la persistencia de modelos biomédicos patologizantes y en la insuficiente inclusión de la diversidad de género en los currículos académicos. En consonancia con los planteamientos del estrés de las minorías (Brooks, 1981; Meyer, 2003, citados en Jones et al., 2024), estas condiciones contribuyen a reproducir entornos que afectan negativamente el bienestar de las personas trans, no solo por las barreras de acceso, sino por las experiencias de invalidación y discriminación en la atención.

De manera complementaria, el estudio permitió reconocer la existencia de facilitadores que emergen principalmente desde las prácticas individuales y colectivas de los profesionales, más que desde estructuras institucionales consolidadas. Entre estos se destacan la apertura al aprendizaje continuo, los procesos de deconstrucción personal frente a prejuicios, el uso del lenguaje inclusivo, el reconocimiento de la autodeterminación de género y la construcción de vínculos terapéuticos basados en la confianza. Estos elementos configuran prácticas que se alinean con enfoques trans-afirmativos y despatologizantes, en coherencia con las

orientaciones propuestas por iniciativas como el proyecto TRAIT y los estándares internacionales de atención.

En cuanto a la comparación entre contextos, se evidencia que, si bien España presenta mayores avances en términos normativos y disponibilidad de servicios especializados, e Italia muestra un modelo más medicalizado con limitaciones en la formación profesional, Colombia enfrenta barreras más profundas asociadas a desigualdades estructurales, falta de capacitación y brechas entre la normativa y su implementación. No obstante, en los tres contextos persisten desafíos comunes, particularmente, con relación a la formación de los profesionales y la transformación de prácticas institucionales, lo que sugiere que el avance normativo no garantiza por sí mismo una atención trans-afirmativa efectiva.

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, los hallazgos refuerzan la necesidad de comprender la atención en salud trans-afirmativa desde un enfoque integral que articule dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, tal como lo plantea Matarazzo (1980). En este marco, la atención no puede limitarse a intervenciones biomédicas, sino que debe considerar las experiencias subjetivas, los contextos de vida y las condiciones estructurales que atraviesan a las personas trans, reconociendo su impacto en el bienestar y en la relación con el sistema de salud.

La investigación evidencia la necesidad de fortalecer procesos de formación académica, producción investigativa y articulación institucional que permitan avanzar hacia modelos de atención más inclusivos, críticos y culturalmente competentes. En este sentido, se destaca la importancia de incorporar de manera sistemática enfoques trans-afirmativos en los currículos de formación en salud, promover espacios de co-construcción de conocimiento con las comunidades trans y diseñar políticas públicas que puedan trascender el plano normativo para materializarse en prácticas concretas de atención. Así, el estudio no solo aporta a la

comprensión de las trayectorias profesionales en contextos transnacionales, sino que también ofrece insumos para la transformación de los sistemas de salud hacia escenarios más justos, accesibles y respetuosos de la diversidad de género.

Por otro lado, la presente investigación presenta algunas limitaciones que es importante reconocer para contextualizar adecuadamente el alcance de los hallazgos. En primer lugar, aunque el enfoque cualitativo narrativo permitió profundizar ampliamente en las experiencias, percepciones y trayectorias de las personas participantes, los resultados obtenidos corresponden únicamente a las narrativas de los profesionales vinculados al estudio y, por tanto, no pueden ser generalizados a la totalidad de contextos sanitarios de Colombia, España e Italia.

No obstante, las trayectorias amplias y robustas de quienes participaron, así como su experiencia sostenida en procesos de atención trans-afirmativa, permitieron construir análisis significativos sobre las dinámicas de formación profesional, acompañamiento clínico, barreras institucionales y políticas de atención presentes en sus respectivos contextos. En este sentido, si bien los hallazgos no poseen pretensiones de representatividad, sí cuentan con un valor de transferencia analítica, al posibilitar la comprensión de experiencias y dinámicas que pueden dialogar con otros escenarios similares.

Asimismo, otra limitación se relaciona con la diversidad y complejidad de los sistemas de salud de cada país, ya que las experiencias descritas responden a regiones, instituciones y trayectorias específicas, las cuales pueden variar según factores territoriales, políticos y culturales. Sin embargo, las narrativas identificadas coinciden ampliamente con los antecedentes teóricos y empíricos revisados en la investigación, particularmente en lo relacionado con las barreras estructurales, las dificultades formativas, las prácticas patologizantes y la necesidad de fortalecer modelos de atención trans-afirmativa e inclusiva.

Además, debido a las características temporales del proyecto y al alcance del trabajo de grado, el estudio se centró exclusivamente en las experiencias de profesionales de la salud, por lo que futuras investigaciones podrían ampliar la comprensión del fenómeno incorporando de manera directa las narrativas de personas trans usuarias de los servicios de salud, así como otros actores institucionales y comunitarios involucrados en los procesos de atención. Incluso, sería prudente la realización de un análisis documental de las políticas públicas y en salud con cobertura hacia la población trans.

A partir de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se plantean una serie de recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la formación profesional, las prácticas clínicas, la investigación y las políticas públicas relacionadas con la atención en salud trans-afirmativa.

En primer lugar, se recomienda incorporar de manera transversal contenidos relacionados con diversidad sexual y de género, enfoques trans-afirmativos y atención integral a personas trans dentro de los currículos de formación en programas del área de la salud y las ciencias sociales. Los resultados evidenciaron que gran parte de los aprendizajes construidos por los profesionales surgieron fuera de la formación universitaria inicial, principalmente, a través de experiencias clínicas, procesos de autoformación y trabajo comunitario. Por ello, resulta necesario que las instituciones de educación superior promuevan espacios académicos que permitan desarrollar competencias clínicas, éticas y relacionales orientadas hacia una atención respetuosa, informada y libre de prácticas patologizantes.

Posteriormente, se recomienda fortalecer los procesos de formación continua y actualización profesional dentro de las instituciones de salud, especialmente, en aspectos relacionados con el uso de lenguaje inclusivo, reconocimiento de la autodeterminación de género, rutas de atención y necesidades específicas de las personas trans. Esto implica no solo

ampliar el conocimiento técnico de los profesionales, sino también favorecer procesos reflexivos que permitan cuestionar prejuicios, estigmas y modelos binarios históricamente presentes en los sistemas sanitarios.

En el ámbito institucional, se considera fundamental avanzar en la construcción y fortalecimiento de rutas de atención trans-afirmativas claras, accesibles e interdisciplinarias, que faciliten el acceso oportuno a servicios de salud física, mental, endocrinológica, quirúrgica y de acompañamiento psicosocial. De igual manera, se recomienda revisar y adaptar los sistemas administrativos y protocolos institucionales para evitar prácticas de invalidación, exposición de datos personales o barreras derivadas del uso de nombres registrales y categorías binarias en los servicios de salud.

Con relación a las políticas públicas, se recomienda fortalecer la articulación entre los marcos normativos existentes y su implementación efectiva en los contextos clínicos y comunitarios. Aunque en algunos países se identifican avances legislativos importantes, los hallazgos muestran que persisten brechas significativas entre el reconocimiento jurídico de derechos y las experiencias cotidianas de atención. Por ello, se hace necesario que las políticas públicas incluyan mecanismos de seguimiento, capacitación institucional y participación activa de las comunidades trans en la construcción de estrategias de salud.

De igual forma, se recomienda promover investigaciones futuras que profundicen en las experiencias de atención en salud trans-afirmativa desde perspectivas interseccionales, considerando variables como etnia, clase social, ruralidad, diversidad funcional y curso de vida, así como las experiencias específicas de personas no binarias. También resulta pertinente ampliar el estudio hacia otros actores involucrados en los procesos de atención, incluyendo personas trans usuarias de los servicios de salud, redes comunitarias y responsables de formulación de políticas públicas.

Para finalizar, se recomienda continuar fortaleciendo espacios de trabajo colaborativo entre academia, comunidades trans e instituciones de salud, siguiendo enfoques participativos y de co-construcción del conocimiento. Esto permitiría desarrollar modelos de atención más contextualizados, culturalmente competentes y centrados en las necesidades reales de las personas trans, favoreciendo la transformación progresiva de los sistemas de salud hacia prácticas más inclusivas, éticas y afirmativas.

Referencias

Acosta, G. A. (2021). Devolving Standards of Decency: How Eighth Amendment Jurisprudence Fails Transgender Inmates Seeking Necessary Medical Care. Wisconsin Journal of Law*, Gender & Society, 36*(1), 59–84.

Ansara, Y. G. & Hegarty, P. (2014). Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. *Feminism & Psychology, 24*(2), 259-270.

Adya, M., & Kaiser, K. M. (2005). Early Determinants of Women in the IT Workforce: A Model of Girls' Career Choices. Information Technology & People, 18, 230-259. https://doi.org/10.1108/09593840510615860

Arce-Leonel, D.E., Hoyos-Hernández, P.A. y Ramos-Lucca, A. (2022). Relatos de vida laborales sobre la atención en salud a mujeres trans en Colombia. *Pensamiento Psicológico, 20*, 1-13. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI20.sam

Antoniucci, M. y Mateo, N. (2016). Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad. *Argentina, 7(2).* https://unidadsociologica.com.ar/UnidadSociologica72.pdf

Azagba, S., de Silva, G.S.R. y Ebling, T. (2025) Examining general, physical, and mental health disparities between transgender and cisgender adults in the U.S. *Int J Equity Health 24*, 37. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02364-4

Alarcón, C., Hernández, P., y Orbegozo, L. J. V. (2023). Atención de los profesionales de la salud a personas trans en América Latina y el Caribe. Interdisciplinaria *Revista de Psicología y Ciencias Afines,* 40(1), 63-80. https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.4

Barbati, C., Bonadonna, S., Bruno, L., Crespi, C. M., D'Arienzo, S., Federici, S., Fisher, A. D., Giordani, L., Lami, A., Lombardo, F., Manoli, M., Marconi, M., Mariggiola, M. C., Matarrese, P., Michela Mosconi, M., Meriggiola, M. C., Motta, G., Oppo, A., Pagano, M. T., ... Pierdominici, M. (2025). Stratified analysis of health and gender-affirming care among Italian transgender and gender diverse adults. *Journal of Endocrinological Investigation* https://www.springer.com/journal/40618 doi: 10.1007/s40618-025-02547-y

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. *W H Freeman.*

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 3. 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa.

Blas Radi (2021). Las personas trans en la ontología social oficial: políticas de números con perspectiva de género. *Revista Argentina de Ciencia Política*, 1, 26-49

Berkman, C., Stein, G. L., Javier, N. M., O'Mahony, S., Maingi, S., & Godfrey, D. (2024). Disrespectful and inadequate palliative care to transgender persons. *Palliative and Supportive Care*, 22(1), 3–9. doi:10.1017/S1478951523001104

Belza M, González-Recio P, Moreno-García S, Donat M, Iglesias A, Guerras J, Granda E, Palma D y Barba R. (2024). Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España, 2024. *Instituto de Salud Carlos III.* https://hdl.handle.net/20.500.12105/25881

Bini, L., Balocchi, M., Cacace, R., & Giovanardi, G. (2025). Experiences and narratives of mandatory psychological assessment in Trans and Nonbinary people: An Italian qualitative analysis. *BMC Psychology,* 13, 67. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02675

Bowleg, L. (2021). Evolving Intersectionality Within Public Health: From Analysis to Action, American Journal of Public Health. 111, no. 1, pp. 88-90. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306031

Calderón-Jaramillo, M., Mendoza, Á., Acevedo, N., Forero-Martínez, L., Sánchez, S., y Rivillas-García, J. (2020). How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people— A qualitative study in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 148. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01250-z

Crapanzano, A. y Mixon, L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Rivista di Psichiatria*, *57*(1), 44–54. https://doi.org/10.1708/3749.37327

Caraballo, A. (2022). The Anti-Transgender Medical Expert Industry. *Journal of Law,* Medicine & Ethics, 50(4), 687–692. doi:10.1017/jme.2023.9

Casas-Ramírez, M., Martínez-Linares, J. M., Cortés-Martín, J. y López-Entrambasaguas, O. M. (2024). Trans people perceptions of care received from healthcare professionals: A phenomenological study. *Heliyon*, 10,. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23328

Cole, C. M., O'boyle, M., Emory, L. E. & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior,* 26(1), 13-26.

Colombia Diversa. (2021). Más que cifras: Reporte de desaparición, desplazamiento y migración forzada de personas con orientación sexual, identidad o expresiones de género diversas en el marco del conflicto armado. https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/03/Mas-que-cifras.pdf

Cossutta, C. (2021). Transfeminist politics and populist counterattacks in Italy. European Journal of English Studies, 25(2), 154–171. https://doi.org/10.1080/13825577.2021.1949862

Cruciani, G., Carone, N., Quintigliano, M., Mezzalira, S., & Scandurra, C. (2024). Attitudes and knowledge of mental health practitioners towards LGBTQ+ patients: A mixed-method systematic review. *Clinical Psychology Review, 113*, 102488. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.10248

Day, J. K., Goldberg, A. E., Toomey, R. B., & Beemyn, G. (2024). Associations between trans-inclusive resources and feelings of inclusion in campus LGBTQ+ groups: Differences for trans students of color. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(3), 458–470. https://doi.org/10.1037/sgd0000616

Domínguez, C. M., Ramírez, S. V., & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. MedUNAB, 20(3), 296–309. https://doi.org/10.29375/01237047.2404

Escotorin, P,. Delvalle, R., Heumann, V., & Doležalová. (2023). Orientaciones metodológicas para formadores. *TRAIT.* https://traitproject.eu/wp-content/uploads/2025/07/TRAIT_Guia-metodologica-para-formadores.pdf

Fernández, A., Ochoa, L. G., Lozano, A., Lee, T. K., Estrada, Y., Tapia, M., Lopez Crespo, S. D., & Prado, G. (2024). Sexual orientation and adolescent health outcomes: A latent profile approach. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(3), 508–516. https://doi.org/10.1037/sgd0000615

Green, K., Weir, E., Wright, L., Allison, C., y Baron-Cohen, S. (2025). Autistic and transgender/gender diverse people's experiences of health and healthcare. *Molecular Autism, 16*(4). https://doi.org/10.1186/s13229-024-00634-0

Heward-Belle, S., Ciftci, S., y Lovell, R. (2025). Analyzing the scientific literature on transgender and gender diverse persons' experiences with sexual and reproductive health care services from an intersectional perspective. *International Journal for Equity in Health, 24*(1), 12. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02328-8

Hoyos-Hernández, P. y Zapata Mayor, J.C (2024). Health care: life stories by trans women in Colombia. https://doi.org/10.1186/s12939-023-01859-w

Hoyos-Hernández, P. A., Valderrama Orbegozo, L. J., Correa Sánchez, D., Pelaez Lozano, M. del S., Arce-Leonel, D. E., Concha-Valderrama, V., Duarte Alarcón, C., Soto Díaz, L. A., Lozada-Páez, M., Galvis Alvarez, J., Montaño, P., Gil, M. N., Valenzuela Gallego, A. L., Tobar Tovar, C. A., González Córdoba, L. M., Alvarado Herrera, J. P., Gutiérrez

Medina, D. C., Rodríguez Palacios, A., de la Cruz, M. I., Rojas, A. S., Hincapié, M., Quiñonez, M., Astudillo, C., & Ramírez Leiton, M. (2021). *TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia*. Sello Editorial Javeriano.

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Del Riego, A. y Ventura, E. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 94 https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94

Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública,* 33(3), 223-229.

Human Rights Campaign. (2022). An epidemic of violence: Fatal violence against transgender and gender non-conforming people in the United States in 2022. Human Rights Campaign Foundation. https://reports.hrc.org/an-epidemic-of-violence-2022

Jadoon, A., Shahzad, M., Khattak, S., Ali, A., Jennings, H., y Khattak, M. (2025). Experiences of transwomen individuals in accessing oral health care in a low and middle-income country: A qualitative study from Pakistan. *BMC Public Health, 25*, 937. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22073-z

James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. y Anafi, M. (2016). The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

Jiménez Vázquez, M. (2009). Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 11, 1-21.

Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Dolezal, C., Singh, A. A., & Bockting, W. O. (2024). Invalidation and mental health among nonbinary individuals. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 11(3), 413–424. https://doi.org/10.1037/sgd0000621

Julian, J. M., Conn, B. M., Chavez, M., Zubareva, N., & Wages, E. (2024). Narrative exposure therapy to reduce posttraumatic stress symptoms among transgender and gender diverse adolescents and young adults: A pilot study. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. *Advance online publication.* https://doi.org/10.1037/sgd0000752

Jones, A. K., Wehner, C. L., Andrade, I. M., Jones, E. M., Wooten, L. H., & Wilson, L. C. (2024). Minority stress and posttraumatic growth in the transgender and nonbinary community. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(3), 488–497. https://doi.org/10.1037/sgd0000610

Lange, T. M. (2020). Trans-affirmative narrative exposure therapy (TA-NET): A therapeutic approach for targeting minority stress, internalized stigma, and trauma reactions among gender diverse adults. *Practice Innovations*, 5(3), 230–245. https://doi.org/10.1037/pri0000126

Lima, C., Oliveira , L., Ribeiro , A. Oliveira , A., Da Rocha, C., y Carvalho, G. (2024) Quality of life and level of satisfaction with pharmacotherapeutic follow-up in a transgender health center in Brazil. *Sci Rep 14, 4.* https://doi.org/10.1038/s41598-024-54737-y

Londoño Marín, M. (2023). Enfoque transfeminista: Una herramienta para combatir la desigualdad en Colombia. *Revista de Estudios Colombianos*, (62). https://doi.org/10.53556/93j7f242

Lasso, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125.

McQuillan, M., Cimpian, J., Lebovitz, B., y Gill, E. (2024). Transgender adolescent school climate, mental health, and adult social support. *JAMA Pediatrics,* 178(10), 1082–1084. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.3079

Marconi, M., Brogonzoli, L., Ruocco, A., Sala, E., D'Arienzo, S., Manoli, M., Pagano, M., Fisher, A., Iardino, R., Pedale, R., Grattagliano, I., Cricelli, C., & Pierdominici, M. (2024). Examining the training needs and perspectives of Italian general practitioners on transgender and gender diverse healthcare: Insights from a national survey. *International Journal of Transgender Health*, https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2369615.

Meezan. W., & Martin, J. I. (2004). Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Population. *Journal of gay & lesbian social services, volume 15, Numbers 1 / 2 2003.*

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*(9), 807–817. https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807

Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet (London, England)*, *365*(9464), 1099–1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6

MacNamara, J., Glann, S. & Durlak, P. (2017). Experiencing Misgendered Pronouns: A Classroom Activity to Encourage Empathy. *Teaching Sociology*, 45(3), 269-278.

McLemore, K. A. (2015). Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self and Identity*, 14(1), 51-74.

Mieles Barrera, M. D., Tonon, G. y Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, (74), 195-225. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072012000200010

Ministerio de Salud y Protección Social y Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial. (2025). Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención integral en salud y afirmación de género de personas trans: Versión para profesionales de la salud (Guía nueva de atención N.º 01-2025). *Ministerio de Salud y Protección Social.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/gpc-atencion-integral-afirmacion-genero-personas-trans.pdf

Mirabella, M., Mazzuca, C., De Livio, C., Di Giannantonio, B., Rosati, F., Lorusso, M. M., Lingiardi, V., Borghi, A. M., & Giovanardi, G. (2024). The role of language in nonbinary identity construction: Gender words matter. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. *Advance online publication.* https://doi.org/10.1037/sgd0000729

Millet, A. (2020). Cisexismo y salud: Algunas ideas desde otro lado. *Puntos Suspensivos Ediciones.* https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/21497

Neri, J., Faccio, E., & Iudici, A. (2020). Trans people's attitudes and beliefs regarding the diagnosis of "gender dysphoria": Research in the Italian context. Psychology of *Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 316–328. https://doi.org/10.1037/sgd0000425

Ritterbusch, A., Correa Salazar, 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. https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1455887

O'Shaughnessy, T., & Speir, Z. (2018). The state of LGBQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5(1), 82–98. https://doi.org/10.1037/sgd0000259

Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model*. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

Saldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (2nd ed.). London: Sage.

Santiago, J., Gómez, J. M., Etchebarne, I., y Roussos, A. J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, *18*, 47–56.

Sánchez-Holgado, P., Gomes-Barbosa, M., Mera-Alonso, D., y Arcila-Calderón, C. (2024). Social debate and hate speech around the Trans Law in Spain: A systematic literature review. *Sexuality, Gender and Policy,* *7*(4), 404–420. https://doi.org/10.1002/sgp2.12116

Singh, R. S., Zamarin, K., Eckstrand, K., Sklar, M., Sturm, R. y Willging, C. (2025). Recommendations for promoting affirming healthcare for gender and sexual minorities with intersecting marginalized identities. *BMC Health Services Research,* 25, 585. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12708-7

Tebbe, E. A., Bell, H. L., Cassidy, K., Lindner, S., Wilson, E., & Budge, S. (2024). "It's loving Yourself for you": Happiness in trans and Nonbinary adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(3), 397–412. https://doi.org/10.1037/sgd0000613

Trans Europe & Central Asia. (2020). *Human Rights Day: Trans People in the EU*. https://tgeu.org/human-rights-day-trans-people-in-eu-infographics/

Vasilachis de Gialdino, I. V. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.

Veldhuis, C. B., Cascalheira, C. J., Delucio, K., Budge, S. L., Matsuno, E., Huynh, K., Puckett, J. A., Balsam, K. F., Velez, B. L., & Galupo, M. P. (2024). Sexual orientation and gender diversity research manuscript writing guide. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(3), 365–396. https://doi.org/10.1037/sgd0000722

Vincent, B. (2018) Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care. *London: Jessica Kingsley Publishers.* https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=284e954c-9f9d-3db9-8a16-61a1d7a048ab.

Valderrama, V., y Hoyos-Hernández, P.A. (2023). Representaciones sociales de estudiantes de posgrado en psicología respecto a personas trans. Interdisciplinaria Revista de *Psicología y Ciencias Afines*, 40(1). https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.15

Williams Institute. (2021). Suicidality and depression disparities between transgender and cisgender adults: Findings from the U.S. Transgender Survey. UCLA School of Law. https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-suicide-risk-prevent-summary

Wolfe, H. L., Drainoni, M.-L., Hughto, J. M. W., Siegel, J., Segovia, C., & Fix, G. M. (2023). "I think providers see trans people as unstable patients": Exploring substance use

communication experiences of transgender and gender diverse adults during primary care encounters. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. https://doi.org/10.1037/sgd0000692

World Professional Association for Transgender Health. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender nonconforming people* (Versión 8). https://www.wpath.org/soc8

Anexos

Anexo A. Guia de entrevista a profesionales en salud

Saludos y bienvenida

Objetivo general: Identificar las barreras comunes que enfrentan las personas trans en el acceso a la atención médica en los contextos de España, Italia y Colombia, tales como la falta de capacitación profesional, prejuicios o estigmatización

Objetivos específicos:

Analizar los facilitadores que promueven una atención trans-afirmativa de calidad, como programas de capacitación, políticas inclusivas y prácticas de atención humanizada.

Comparar las buenas prácticas identificadas en Europa y Colombia para evaluar su adaptabilidad y aplicación en otros contextos nacionales e internacionales.

Proponer recomendaciones para mejorar la formación de los profesionales de la salud en diversidad de género y atención trans-afirmativas basadas en las experiencias comparativas entre estos contextos

Nombre	
Ciudad	
País	

Edad	
Estado civil	
Estudios realizados	
Género y pronombres que utiliza	
Ocupación actual	
Ocupación relacionada con género y población trans, años de dicha experiencia.	

Datos sociodemográficos

Trayectorias y barreras

1. Cuénteme por favor ¿cuáles han sido sus trayectorias de acompañamiento a personas trans (tiempos, tipos y contextos de acompañamiento)?
2. ¿Ha proporcionado educación y capacitación sobre los estudios trans o el enfoque de género en contextos de salud (por ejemplo, profesor-a, facilitador, tallerista, identificar facilitadores y barreras)?
3. ¿Ha liderado o sido investigador-a-e en estudios trans (identificar facilitadores y barreras)?
4. ¿Ha escrito o publicado sobre estudios trans (identificar facilitadores y barreras)?

5. ¿Qué desafíos o barreras**,** por ejemplo, personales, sociales, jurídicas, instituciones, educativas ha tenido durante sus trayectorias de acompañamiento a personas trans?
6. ¿Cómo ha manejado esos desafíos o barreras?

Trayectorias y Facilitadores

1. ¿Qué aspectos han sido facilitadores**,** por ejemplo, personales, sociales, jurídicas, instituciones, educativas durante sus trayectorias de acompañamiento a personas trans?
2. ¿Cuáles recursos considera han sido los más importantes durante sus trayectorias de acompañamiento a personas trans**?**
3. ¿Cuáles han sido los aprendizajes más sobresalientes en su acompañamiento a personas trans?

Atención trans-afirmativa

1. ¿Para usted que es una atención en salud trans-afirmativa (por ejemplo, definición, características de esta)?
2. ¿Cómo ha construido un acompañamiento en salud transpositivo en sus contextos de trabajo?
3. ¿Qué experiencias exitosas conoce de atención trans-afirmativa?

Identificación de necesidades en el contexto de la salud

- ¿Qué necesidades en el contexto de salud de su país, identifica para las personas trans?
- ¿Cuáles son las problemáticas de salud que con más frecuencia acompaña usted en las personas trans?

- Si usted como profesional de la salud, tuviera la tarea de generar acciones para fortalecer el autocuidado de las personas trans ¿Qué temas abordaría de manera prioritaria y cómo lo haría?

Respuesta del Sistema de Salud

- ¿Considera que el Sistema de Salud en su país responde a las necesidades de las personas trans?
- ¿Cómo percibe usted, las actitudes y comportamientos de sus colegas o compañeros de trabajo, con relación a las personas trans, en la atención en salud?
- ¿Conoce usted protocolos específicos para la atención en salud de personas trans? ¿reconoce deberes y derechos en esta población?
- ¿Qué barreras de acceso identifica en los servicios de salud, para las personas trans?
- ¿Percibe usted, discriminación y estigma hacia las personas trans en el personal de salud?
- ¿Qué aspectos tiene en cuenta usted, cuando atiende en consulta a personas trans?
- ¿Usted cree que en su país se ofrece "Atención Integral en Salud" a las personas trans?

Conocimientos, educación, formación

- ¿Qué piensa usted de la información y formación que recibe el personal de salud con relación a la diversidad sexual y al enfoque de género?

- ¿Ha recibido información y/o capacitación sobre el enfoque de género en contextos de salud?
- ¿Qué conocimientos tiene sobre los procesos de tránsitos de género según su campo de conocimiento?
- ¿Qué conocimientos tiene sobre la normatividad y el marco legal para la atención de personas trans en los servicios de salud de su País?
- ¿En términos de la atención en salud trans-afirmativa, cómo la percibe en sus contextos de trabajo?

Cierre

- ¿Hay algo más que me quieras contar o ampliar?
- ¿Alguna recomendación que quieras darme o dar a la investigación?

Agradecimientos.

Observaciones (al terminar la entrevista realizar un párrafo con observaciones, sensaciones, reflexiones, reflexividad)

Anexo B. Guia de entrevista a profesionales en salud - Adaptación al italiano

Saluti e benvenutə

Obiettivo generale:

Identificare le barriere comuni che le persone trans affrontano nell'accesso all'assistenza sanitaria nei contesti di Cali, Italia e Barcellona, come la mancanza di formazione professionale, i pregiudizi o la stigmatizzazione.

Obiettivi specifici:

- Analizzare i fattori che facilitano un'assistenza sanitaria trans-affirmativa di qualità, come programmi di formazione, politiche inclusive e pratiche di cura umanizzate.
- Confrontare le buone pratiche identificate in Europa e Colombia per valutarne l'adattabilità e l'applicazione in altri contesti nazionali e internazionali.
- Proporre raccomandazioni per migliorare la formazione dei professionisti della salute in materia di diversità di genere e assistenza sanitaria trans-affirmativa, sulla base delle esperienze comparative tra questi contesti.

Nome	
Città	
Paese	
Età	

Stato civile	
Titoli di studio	
Genere e pronomi utilizzati	
Occupazione Attuale	
Esperienza professionale legata al genere e alla popolazione trans (anni di esperienza)	

Dati socio demografici

Percorsi ed ostacoli

- Mi può raccontare quali sono stati i suoi percorsi di accompagnamento a persone trans (tempi, tipi e contesti di accompagnamento)?
- Ha fornito formazione o educazione su studi trans o sull'approccio di genere in contesti sanitari (es. docente, facilitatore/trice, conduttore/trice di laboratori – identificare facilitatori e ostacoli)?
- Ha coordinato o partecipato come ricercatorə in studi sull'esperienza trans (identificare facilitatori e ostacoli)?
- Ha scritto o pubblicato su studi trans (identificare facilitatori e ostacoli)?
- Quali sfide o ostacoli (personali, sociali, giuridici, istituzionali, educativi) ha incontrato durante i suoi percorsi di accompagnamento a persone trans?

- Come ha gestito tali sfide o ostacoli?

Percorsi e facilitatori

- Quali aspetti hanno agito come facilitatori (personali, sociali, giuridici, istituzionali, educativi) nei suoi percorsi di accompagnamento a persone trans?
- Quali risorse considera le più importanti nei suoi percorsi?
- Quali sono stati gli apprendimenti più significativi derivanti dal suo accompagnamento a persone trans?

Assistenza sanitaria trans-affirmativa

- Per lei, cosa significa un'assistenza sanitaria trans-affirmativa (es. definizione, caratteristiche)?
- Come ha costruito un accompagnamento sanitario trans-affirmativo nei suoi contesti di lavoro?
- Quali esperienze di successo conosce in ambito di assistenza sanitaria trans-affirmativa?

Individuazione dei bisogni nel contesto sanitario

- Quali bisogni sanitari riconosce per le persone trans nel suo Paese?
- Quali problematiche di salute accompagna con più frequenza nelle persone trans?
- Se lei, come professionista della salute, dovesse ideare azioni per rafforzare l'autocura delle persone trans, quali tematiche affronterebbe in via prioritaria e come?

Risposta del sistema sanitario

- Ritiene che il sistema sanitario del suo Paese risponda ai bisogni delle persone trans?
- Come percepisce l'atteggiamento e il comportamento dei suoi colleghi nei confronti delle persone trans nell'assistenza sanitaria?
- Conosce protocolli specifici per l'assistenza sanitaria delle persone trans? È a conoscenza di diritti e doveri di questa popolazione?
- Quali barriere di accesso ai servizi sanitari identifica per le persone trans?
- Percepisce discriminazione o stigma verso le persone trans da parte del personale sanitario?
- Quali aspetti considera importanti quando assiste una persona trans in ambito clinico?
- Ritiene che nel suo Paese venga offerta un'"Assistenza Integrale alla Salute" per le persone trans?

Conoscenze, educazione, formazione

- Cosa pensa della formazione che ricevono i professionisti della salute riguardo la diversità sessuale e l'approccio di genere?
- Ha ricevuto formazione o informazione sull'approccio di genere in ambito sanitario?
- Quali conoscenze ha sui processi di transizione di genere secondo il suo campo professionale?
- Quali conoscenze ha sul quadro normativo e legale relativo all'assistenza sanitaria per persone trans nel suo Paese?
- Come percepisce l'assistenza sanitaria trans-affirmativa nei suoi contesti di lavoro?

Chiusura

- C’è qualcos’altro che vorrebbe raccontarmi o approfondire?

- Ha qualche raccomandazione da offrirmi o da suggerire alla ricerca?

Ringraziamenti

Osservazioni

(al termine dell’intervista, redigere un paragrafo con osservazioni, sensazioni, riflessioni, riflessività):

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a/e participante

Se le invita a participar en el proyecto de investigación "Experiencias transnacionales de atención en salud trans-afirmativa de profesionales de la salud que ejercen en España, Italia y Cali", realizado por los investigadores Nicolás Muñoz Celis (C.C. 1105362749), Sebastián Rodríguez Jurado (C.C. 1043665294) y Germán Andrés Medina (C.C. 1005892222), pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali.

El objetivo de este estudio es identificar las barreras comunes que enfrentan las personas trans en el acceso a la atención médica en los contextos colombiano, italiano y español. Estas barreras pueden incluir la falta de capacitación profesional, prejuicios o estigmatización. El estudio se desarrollará a partir de las experiencias de profesionales de la salud que han trabajado en procesos de atención relacionados con género y diversidad.

En caso de que decida participar, la información proporcionada será utilizada para:

- Analizar los facilitadores que promueven una atención trans-afirmativa de calidad.
- Comparar buenas prácticas identificadas en Europa y Colombia, con el fin de evaluar su adaptabilidad y aplicación en otros contextos nacionales e internacionales.
- Proponer recomendaciones para mejorar la formación de los profesionales de la salud en temas de diversidad de género y atención trans-afirmativa, basadas en el análisis comparativo de estos contextos.

El método escogido para la recolección de información consta de una entrevista semiestructurada con una duración aproximada de entre 40 minutos a 1 hora y media. la cual será grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis

- La decisión de participar en la investigación es completamente personal, libre y voluntaria.
- Sus datos personales y la información obtenida serán completamente confidenciales. Se utilizará un código o pseudónimo para identificarle.
- Se garantizará el cumplimiento de la ley colombiana de privacidad y protección de datos: Ley 1581 de 2012.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo.
- Podrá retirarse en cualquier momento del estudio. Agradecemos que, si lo hace, nos informe las razones.
- No recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- No tendrá que incurrir en ningún gasto económico durante su participación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la **Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006**, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la **Resolución No. 008430 de 1993** que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Yo,_____, identificado/a/e con CC

_____

Acepto voluntariamente participar de la investigación. SI: ____ NO: _____

Fecha de la firma (Día/Mes/Año): _____/_____/_____/

Acepto grabación en audio: SI: ____ No: ____

DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Hemos explicado a la persona nombrada anteriormente la naturaleza, el propósito, los beneficios y los posibles riesgos asociados a la participación en este estudio. Hemos respondido a todas las preguntas que han surgido.

Reconocemos nuestra responsabilidad por el cuidado y el bienestar del participante, por respetar los derechos y deseos del participante y por realizar el estudio de acuerdo con las buenas Prácticas y la Normativa aplicable.

_____	_____
Firma del investigador 1	Firma del investigador 2
NOMBRE	**NOMBRE**

CC: **CC:**

CORREO **CORREO**

TELÉFONO **TELÉFONO**

_____

Firma del investigador 3

NOMBRE

CC:

CORREO:

TELÉFONO

_____

Firma de la directora

NOMBRE

CC:

CARGO

CORREO

OFICINA

TELÉFONO

Acuerdo de confidencialidad

Como parte de mi participación en el presente proyecto de investigación me comprometo a firmar este acuerdo de confidencialidad.

Cláusula de confidencialidad: como participante del presente proyecto me comprometo a guardar la reserva de la información de la cual he hecho parte, aún después de mi desvinculación, para cuidar la integridad y dignidad de las demás participantes y evitar que se puedan violar los derechos de confidencialidad.

YO _____, con número de identificación _____ de:_____ acepto este Acuerdo, firmado el (dd/mm/aaaa): _____ en la ciudad de: _____

Anexo D. Consentimiento informado - Adaptación al italiano

CONSENSO INFORMATO

Gentile partecipante,

Le viene chiesto di partecipare al progetto di ricerca "Esperienze transnazionali di assistenza sanitaria trans-affermativa da parte di professionisti della salute operanti in Spagna, Italia e Cali", condotto dai ricercatori Nicolás Muñoz Celis (C.C. 1105362749), Sebastián Rodríguez Jurado (C.C. 1043665294) e Germán Andrés Medina (C.C. 1005892222), appartenenti alla Pontificia Universidad Javeriana, Sez. Cali.

L'obiettivo di questo studio è identificare gli ostacoli comuni che le persone trans affrontano nell'accesso all'assistenza sanitaria nei contesti colombiano, italiano e spagnolo. Questi ostacoli possono includere la mancanza di formazione professionale, pregiudizi o stigmatizzazione. Lo studio si basa sulle esperienze di professionisti della salute che hanno lavorato in processi di assistenza relativi al genere e alla diversità.

- In caso decidesse di partecipare, le informazioni fornite saranno utilizzate per:
- Analizzare i fattori che facilitano un'assistenza sanitaria trans-affirmativa di qualità.
- Confrontare le buone pratiche identificate in Europa e Colombia per valutare l'adattabilità e l'applicabilità in altri contesti nazionali e internazionali.

- Proporre raccomandazioni per migliorare la formazione dei professionisti della salute sui temi della diversità di genere e dell'assistenza sanitaria trans-affirmativa, basate sull'analisi comparativa di questi contesti.
- Il metodo scelto per la raccolta dei dati consiste in un'intervista semi-strutturata della durata di circa 40 minuti fino a un'ora e mezza, che sarà registrata in formato audio per la successiva trascrizione e analisi.
- La decisione di partecipare alla ricerca è completamente personale, libera e volontaria.
- I suoi dati personali e le informazioni ottenute saranno completamente riservati. Verrà utilizzato un codice o uno pseudonimo per identificarla.
- Sarà garantito il rispetto della legge colombiana sulla privacy e protezione dei dati: Legge 1581 del 2012.
- Durante lo studio, potrà richiedere informazioni aggiornate in qualsiasi momento.
- Potrà ritirarsi in qualsiasi momento dallo studio. In tal caso, apprezzeremmo se ci comunicasse le ragioni.
- Non riceverà alcun compenso economico per la sua partecipazione.
- Non dovrà sostenere alcuna spesa economica durante la partecipazione.

La ricerca si basa sugli articoli 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 e 52 della Legge 1090 del 6 settembre 2006, emanata dal Congresso della Repubblica di Colombia, che stabilisce le norme scientifiche, tecniche e amministrative per la ricerca in

psicologia, e sugli articoli 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 e 16 della Risoluzione n. 008430 del 1993, che regolano gli aspetti etici della ricerca su esseri umani nell'ambito della salute.

Se non ha dubbi o domande sulla sua partecipazione, può firmare il seguente Consenso Informato.

Io,_____, identificato/a con C.C. _____

Accetto volontariamente di partecipare alla ricerca. SÌ: ____ NO: _____

Data di firma (Giorno/Mese/Anno): //_____

Autorizzo la registrazione audio: SÌ: ____ NO: ____

DICHIARAZIONE DEI RICERCATORI

Abbiamo spiegato alla persona sopra indicata la natura, gli scopi, i benefici e i possibili rischi associati alla partecipazione a questo studio. Abbiamo risposto a tutte le domande poste. Riconosciamo la nostra responsabilità per la cura e il benessere del partecipante, per il rispetto dei suoi diritti e desideri e per la realizzazione dello studio secondo le buone pratiche e la normativa applicabile.

Firma del ricercatore 1

_____

Nome:

C.C.:

Email:

Teléfono:

Firma del ricercatore 2

_____

Nome:

C.C.:

Email:

Teléfono:

Firma del ricercatore 3

_____

Nome:

C.C.:

Email:

Teléfono:

Firma della direttrice

_____

Nome:

C.C.:

Incarico:

Email:

Ufficio:

Teléfono:

Accordo di riservatezza

Come parte della mia partecipazione a questo progetto di ricerca, mi impegno a firmare questo accordo di riservatezza.

Clausola di riservatezza: in qualità di partecipante a questo progetto, mi impegno a mantenere riservate le informazioni di cui sono venuto/a a conoscenza, anche dopo la mia eventuale uscita dallo studio, al fine di tutelare l'integrità e la dignità degli altri partecipanti ed evitare che si violino i diritti alla riservatezza.

IO _____, con numero di identificazione _____ di:, accetto questo Accordo, firmato il (gg/mm/aaaa): _____ nella città di: _____.