

TRABAJO FINAL:

Programa de Magíster Interuniversitario en Bioética CB-UDD / IBB-URL

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FUNCIONARIOS(AS)
DE SALUD HACIA LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO EN
HOSPITAL BASE DE OSORNO**

Alumno: Dr. Pablo Antonio Contreras Gálvez

Tutor: Profesor Dra. Carmen Astete A.

SANTIAGO DE CHILE

12 de Diciembre de 2019

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. TERMINOLOGÍA	12
2.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
2.3. MARCO CONTEXTUAL Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1. LA PERSONA TRANSGÉNERO	16
3.1.1. <i>Epidemiología</i>	16
3.1.2. <i>Las personas Transgénero en la sociedad</i>	19
3.1.3. <i>Despatologización de la identidad de género</i>	20
3.1.4. <i>Estrés de las minorías en las personas Transgénero</i>	23
3.1.5. <i>Indicadores de salud en las personas Transgénero</i>	24
3.1.5.1. <i>Discriminación y violencia</i>	
3.1.5.2. <i>Salud mental</i>	
3.1.5.3. <i>Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)</i>	
3.1.5.4. <i>Problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas</i>	
3.1.5.5. <i>Uso de hormonas y realización de tratamientos quirúrgicos sin supervisión médica</i>	
3.2. DERECHOS DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO	34
3.2.1. <i>Marco normativo referencial para la atención de salud de personas Transgénero en Chile</i>	37
3.3. LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO	37
3.3.1. <i>Percepción de la Atención Sanitaria de las personas Transgénero</i>	38
3.4. LA ACTITUD PROFESIONAL HACIA LAS PERSONAS TRASGÉNERO	41
3.4.1. <i>Concepto de Actitud profesional</i>	41
3.4.2. <i>Actitud de los profesionales de salud hacia la población Transgénero</i>	44

4.	OBJETIVOS	49
	4.1.1. <i>Objetivo general</i>	
	4.1.2. <i>Objetivos específicos</i>	
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	50
	5.1. <i>Tipo de estudio</i>	
	5.2. <i>Población en estudio</i>	
	5.3. <i>Desarrollo de la investigación</i>	
	5.4. <i>Análisis de los datos</i>	
	5.5. <i>Aspectos éticos</i>	
6.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
7.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	68
8.	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	74
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
10.	ANEXOS	89
	10.1. Glosario de términos	89
	10.2. Conformidad de uso de instrumento encuesta	94
	10.3. Encuesta a funcionarios de salud	95
	10.4. Respuesta del comité de ética de la investigación	101
	10.5. Autorización institucional	104

1. RESUMEN

El término “Transgénero” incluye un amplio espectro de individuos que se identifican transitoriamente o persistentemente con una identidad de género diferente al sexo asignado al nacer. El diagnóstico Disforia de Género alude al intenso sentimiento de desagrado que puede acompañar a la vivencia de incongruencia entre el género expresado y el género asignado que puede surgir de la falta de aceptación social y vulnerabilidad que afecta a este grupo. En la actualidad se han ido desarrollando programas de atención especializada en la adecuación corporal de personas Transgénero con el objetivo de asegurar un tránsito seguro y logro de bienestar psicológico. Sin embargo, aun existe una elevada percepción de discriminación y barreras en el acceso sanitario por parte de las personas Transgénero. Es por ello que mediante la aplicación de encuesta *on line* a funcionarios/as del Hospital Base San José de Osorno, que cuenta con un programa de atención especializada, se buscó describir los “Conocimientos, actitudes y prácticas de los funcionarios(as) de salud hacia la atención de personas Transgénero”. La mayoría de los funcionarios/as entrevistados mostraron en general actitudes positivas hacia las personas Transgénero. Sin embargo, el estudio evidenció que aún existe un porcentaje de funcionarios que tienen una actitud negativa frente a estas personas. Se evidencia que los funcionarios/as del establecimiento requieren de una mayor capacitación en temáticas relacionadas a la identidad de género y de los determinantes de salud en las personas Transgénero. Los centros hospitalarios deben ofrecer mayor capacitación en salud Transgénero y elaboración de políticas institucionales que motiven el desarrollo de un ambiente asistencial respetuoso e inclusivo.

The term "Transgender" includes a broad spectrum of individuals who identify themselves temporarily or persistently with a gender identity different from the sex assigned at birth. Gender Dysphoria refers to the distress related to a marked incongruence between one's assigned sex at birth and the experienced gender later in life and may be a consequence of lack of social acceptance and vulnerability that affects this group. In our days, specialized medical care programs have been developed to help Transgender people with safe and effective pathways to achieving lasting personal comfort

with their gendered selves, in order to maximize their overall health, psychological well-being, and self-fulfillment. However, there is still a high perception of discrimination and barriers in healthcare access by Transgender people. That is why, we applied an online survey to describe the “Knowledge, attitudes and practices of health staff towards the attention of Transgender people” that has the health staff of the Hospital Base San José de Osorno and where already exist a specialized care program for Transgender people. In general, most of the staff interviewed showed positive attitudes towards Transgender people, however there are still a percentage of the staff that showed negative attitudes to them. This shows that the staff require more education in topics related to gender identity and Transgender health determinants. Thus, the healthcare centers should offer more training and education programs in Transgender health and the development of institutional policies that encourage the development of a respectful and inclusive healthcare environment.

2. INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su 5ta. Edición del Manual de Trastornos Mentales, refiere el término “Transgénero” al amplio espectro de individuos que se identifican, transitoriamente o persistentemente, con una identidad de género diferente al sexo asignado al momento del nacimiento, y al término “Transexualismo” a aquellos individuos que solicitan o ya han realizado una transición social feminizante o masculinizante que, en muchos casos, pero no en todos, también implica una solicitud al sistema sanitario de adecuación corporal hormonal y/o quirúrgica (American Psychiatric Association, 2013). En psiquiatría estos conceptos, apoyados por la evidencia científica, ya no se consideran entidades patológicas o trastornos mentales que afectan a las personas y que determina su identidad de tipo Transgénero. La APA sólo ha conservado, en su sistema de clasificación de trastornos mentales, al malestar o sufrimiento clínicamente significativo que experimenta el individuo frente a la vivencia de incongruencia entre el género experimentado y el género asignado al nacer como una forma de psicopatología (American Psychiatric Association, 2013). A este último, lo define como “disforia de género” (Ver Tabla N°1) y que se debe asociar, en el caso de adolescentes y adultos, a un significativo compromiso de la funcionalidad en las diferentes dimensiones del individuo (escolar, académico, laboral, familiar, social, etc.). Un aspecto relevante, es que se presenta como una categoría diagnóstica separada de las disfunciones sexuales y las parafilias (perversiones), y con criterios diagnósticos diferenciados entre niños y adolescentes/adultos (Ver Tabla N° 1) (Zucker, 2016).

En las últimas décadas, se han desarrollado importantes avances sociales y científicos en la despatologización de las personas Transgénero y eliminando cualquier expresión referida a ellos en los sistemas de clasificación de enfermedades (Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM y la Organización Mundial de la Salud en el CIE). Lo anterior, en parte ha sido motivado por la fuerte reivindicación de derechos a la autodeterminación y a la despatologización promovida por diversos grupos u organizaciones de minorías. Por otro lado, la falta de hallazgos científicos que respaldaran que la identidad de género Transgénero fuera una entidad patológica y que la disforia de género experimentada de la incongruencia de género configurara un trastorno mental

primario (Dhejne, 2016). Estos significativos cambios en la conceptualización de la identidad de género y del rol de la medicina frente a las personas Transgénero han contribuido a un creciente desarrollo en la oferta de prestaciones de salud orientadas al acompañamiento, apoyo psicosocial y a la adecuación corporal de los sujetos Trans, en especial a aquellos con disforia de género.

Tabla N° 1. Criterios diagnósticos de Disforia de Género del Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM 5) de la APA, que se subdividen en niños (302.6 – Código Internacional de las Enfermedades de la OMS CIE-10 F64.2) y en adolescente y adultos (302.85 – CIE-10 F64.0).

Disforia de género en niños 302.6 (F64.2).
Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):
Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.

Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.
El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.
<i>Especificar si:</i> Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [CIE-10 E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [CIE-10 E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica). Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.
Disforia de género en adolescentes y adultos. 302.85 (CIE 10 F64.0)
Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:
Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [CIE-10 E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [CIE-10 E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Especificar si:

Postransición: El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastia en una paciente nacida mujer).

La preocupación de las autoridades sanitarias de establecer estándares de cuidado en el acceso a una transición médica para personas Transgénero surge frente a la relación existente entre disforia de género y alta prevalencia de problemas de salud mental que aqueja a este grupo, relación que es significativamente mayor que la población general. Las personas Transgéneros con disforia de género tienen 4,9 veces más probabilidades de realizar intentos de suicidio y 19,1 veces más probabilidades de morir por suicidio (Dhejne, 2016). Diversos estudios han evidenciado que, las alta tasas de prevalencia de problemas de salud mental se asocian a los determinantes psicosociales de vulnerabilidad que presenta esta población y que serían secundarios a las consecuencias psíquicas de la incongruencia de género, al prejuicio social, la discriminación y victimización (Zucker, 2016). Esta vulnerabilidad incidiría en la efectividad individual de adaptación social y funcionamiento psicológico. Generalmente, las personas Transgénero que experimentan una mayor intensidad y persistencia de disforia de género serán los que más demandarán a los servicios sanitarios las intervenciones de adecuación corporal. Por otro lado, diversos estudios han demostrado que los individuos que reciben intervenciones de adecuación corporal, especialmente hormonoterapia, presentan un mejor nivel de funcionamiento

psicológico, niveles más bajos de psicopatología posterior a la transición médica (Colizzi, 2013) (Heylens, 2014) y disminución de la conducta suicida (Bauer, 2015). Sin embargo, estudios de seguimiento en personas Transgénero que presentaron disforia de género y que concluyeron su transición médica, incluso después de un término exitoso de la adecuación corporal quirúrgica, evidenciaron tasas de prevalencia mucho más altas de psicopatología y riesgo suicida que los grupos de control (Dhejne, 2016; Zucker, 2016).

Se debe considerar, que entre los factores que influyen en la persistencia de la vulnerabilidad psicosocial se encuentra el hecho de que las personas Trans siguen siendo un grupo social objeto de discriminación, a pesar de haber logrado la reivindicación del derecho a la autodeterminación de su de identidad de género y al acceso a prestaciones médicas de adecuación corporal. Como se muestra en un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra representativa de más de 2000 adultos heterosexuales mostró que las actitudes auto-declaradas de los encuestados hacia las personas Transgénero eran significativamente menos favorables que las actitudes hacia hombres y mujeres homosexuales y bisexuales (Norton, 2013). En nuestro país la “1ª Encuesta Nacional respecto a la Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley contra la Discriminación” realizada en Chile el 2013 a personas homosexuales, bisexuales y Transgénero se evidenció que el 99,2% de los encuestados considera que Chile es un país donde son víctimas de discriminación (MOVILH, 2013). Incluso estudios realizados por agrupaciones de minorías sexuales han evidenciado que entre las personas pertenecientes a las minorías sexuales (LGTBI) las personas Trans son objeto de mayor estigmatización y discriminación. La persistencia de las actitudes de discriminación y segregación social hacia las personas Transgénero contribuye al desarrollo de un “estrés de minoría” en este grupo. Este fenómeno incide directamente en el desarrollo de una percepción de barreras sociales en diferentes ámbitos de la vida, entre ellos el acceso a los servicios sanitarios, lo que incide directamente en la salud de las personas Transgénero.

A pesar de que los diferentes estados han ido generando políticas sanitarias que garantizan el acceso justo a prestadores de salud, y estimulando el desarrollo de prácticas sanitarias con un mayor estándar técnico para la adecuación corporal y numerosas

publicaciones que guían un modelo de atención basado en el respeto a la autonomía de adolescentes y adultos Trans, sigue existiendo una fuerte percepción de brecha en el acceso a servicios médicos. Esta percepción contribuye a que las personas Transgénero duden en buscar atención de salud por temor de ser objeto de discriminación por parte de los prestadores (Kosenko, 2013). Lo anterior, puede contribuir a la mayor desigualdad, inequidad en el acceso a salud y a otras problemáticas de salud pública, tales como la auto-prescripción de tratamientos hormonales o búsqueda de prestaciones quirúrgicas clandestinas o escasamente reguladas, con todos los riesgos de salud que ello conlleva. Además, la auto-segregación del sistema de salud no les permite acceder a prestaciones de promoción y prevención, lo que aumenta la vulnerabilidad personal a otros riesgos sanitarios.

2.1. TERMINOLOGÍA

La terminología en el ámbito de la atención de la salud para personas Transgénero está evolucionando rápidamente. Se están introduciendo nuevos términos y las definiciones de los existentes están cambiando. Por lo tanto, a menudo se presentan malos entendidos, debates o desacuerdos sobre el lenguaje en el ámbito de la atención sanitaria.

De acuerdo a lo anterior, en ANEXOS se incluye un Glosario de términos y conceptos más frecuentemente utilizados en este trabajo y en el ámbito de la atención de salud de las personas Transgénero, y cuyo objetivo es precisar conceptos y definiciones para apoyar el correcto abordaje del tema.

2.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En nuestra sociedad, las personas Transgénero experimentan en forma constante diversas formas de segregación, violencia, prejuicios y discriminación. Estas experiencias negativas, en la mayoría de las veces, son incomprendidas por las personas Cisgénero (ver glosario en anexo) y por su entorno social más cercano debido a que la identidad Transgénero no se corresponde a la concepción culturalmente dominante de que la identidad de género debe ser “congruente”, es decir, la suposición de que poseer ciertos determinantes biológicos (tales como genes, cromosomas, órganos genitales y características anatómicas) conlleva a desarrollar una identidad de género y una determinada orientación sexual (Hurtado, 2011). Este supuesto, promueve y justifica la Transfobia (ver glosario en anexo), por medio de argumentos naturalistas que presentan el ser mujer u hombre como identidades rígidas y determinadas biológicamente. Sin embargo, esto no es así, la multiplicidad de expresiones e identidades demuestran que el género es menos una realidad natural y más una construcción social (Duque, 2010).

En contextos de atención sanitaria, diversos estudios en usuarios/as han evidenciado que las personas pertenecientes al grupo LGTBI perciben actitudes fóbicas en los profesionales de salud y ésta constituyen un factor determinante de riesgo para la salud de esta población. Estas actitudes generan rechazo en las personas de la diversidad sexual cuando acceden a los servicios de salud (García-Bravo, 2009). Un amplio número de estudios muestra que los individuos Transgénero reportan una mayor insatisfacción en el cuidado por parte del personal de salud, una discriminación en la interacción con los proveedores de salud y una percepción de satisfacción usuaria más baja que los pacientes no-Transgénero (Jabson, 2016). Así lo demuestra la Encuesta Nacional de Discriminación Transgénero (2011), que incluyó a más de 6000 personas Transgénero con disforia de género en los Estados Unidos y se encontró que, el 50% de los encuestados informaron que se debía capacitar a los proveedores de salud respecto de la atención de salud Transgénero, el 33% de los encuestados informaron que prefirieron posponer la atención médica preventiva debido a la percepción de discriminación y el 28% pospuso la atención a pesar de estar en una condición de salud que requería asistencia médica (Grant, 2011). Otro

estudio realizado por Lambda Legal (2010) en EEUU reveló que el 20,9% de las personas Transgénero reportaron que habían sido sometidas a un lenguaje que consideraron agresivo, el 20,3% informó que fueron responsabilizadas por sus problemas de salud, un 15% informó que los profesionales de la salud se negaron a tocarlos o utilizaron excesivas precauciones y que un 7,8% sufrió un trato físico brusco o abusivo por parte del proveedor de salud. En este mismo estudio, la prevalencia de maltrato entre las personas Transgénero fue dos veces mayor que la de los encuestados homosexuales y bisexuales (Lambda Legal, 2010).

Desde la perspectiva de los prestadores de salud, los estudios publicados sobre las actitudes de los proveedores hacia las personas Transgénero específicamente son limitados. La mayoría de los estudios están referidos a actitudes hacia el grupo de personas LGTBI en general, y no en personas Transgénero en forma específica (Poteat, 2013).

Según el estudio realizado por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) en Costa Rica, en que se aplicó una encuesta a 216 funcionarios de salud del sector privado sobre los Conocimientos, Aptitudes y Prácticas para identificar las actitudes del personal de salud hacia la población LGBT y las posibles barreras que pudieran existir como limitantes para un servicio de salud amigable y con equidad, se evidenció que en general los entrevistados mostraron actitudes positivas hacia el grupo y esta situación se relaciona con un nivel de evaluación también positivo por parte de la mayoría de la muestra LGBT. Sin embargo, en los resultados se evidenció que aún existen proporciones nada desdeñables de funcionarios de salud que muestran actitudes negativas y predisposiciones tendientes al prejuicio y a la discriminación, sobre todo para el subgrupo de personas Transgénero (Fournier, 2013). En relación a los resultados de este tipo de estudio, surgió el interés de evidenciar la realidad local.

2.3. MARCO CONTEXTUAL Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde el año 2014, el Hospital Base San José de la ciudad de Osorno (Chile) ha ido conformando un equipo multidisciplinario de profesionales para la atención de las personas Transgénero que soliciten orientación, acompañamiento y prestaciones de adecuación corporal (hormonoterapia e intervenciones quirúrgicas) provenientes de la Provincia de Osorno. Se han realizado diversas actividades de sensibilización y capacitación a funcionarios/as de la salud en temáticas relacionadas con la salud de las personas Transgénero con el objetivo de mejorar el conocimiento y disminuir los prejuicios. Estas actividades se han fundamentado en los principios de un enfoque despatologizante y en el reconocimiento de que las personas Trans son sujetos activos de derecho, con capacidad para decidir por y sobre sí mismos, respecto de sus propios deseos, necesidades, experiencias y que son merecedores de un trato respetuoso e igualitario en la atención de salud.

El presente estudio tuvo como propósito caracterizar las actitudes, el conocimiento y las predisposiciones que tienen los/as funcionarios/as de salud del Hospital Base San José de Osorno respecto de la atención de salud de las personas Transgénero. Considerando que es un centro de salud en que el personal ha recibido exposición y sensibilización a temáticas relacionados con la salud Transgénero. Esta investigación cobra aún mayor relevancia dada la escasez de datos que tenemos en Chile relacionados a este tema y puede contribuir a la creación de políticas institucionales locales que motiven el desarrollo de un ambiente asistencial respetuoso e inclusivo, con intervenciones clínicas que apunten al apoyo y soporte individual/familiar, así como programas de educación continua orientados al desarrollo de una mayor conciencia y aceptación de los usuarios/as Transgénero en los establecimientos de salud.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. LA PERSONA TRANSGÉNERO

3.1.1. *Epidemiología*

En la actualidad, el sector de la sociedad en que los individuos se identifican con personas Transgénero es aún incierto. En este sentido, es importante considerar que en la revisión de los datos epidemiológicos publicados existen escasos datos fidedignos respecto de las reales tasas de prevalencia e incidencia de individuos con variabilidad en su identidad de género en el mundo. Las principales fuentes de información estadística derivan de países del hemisferio norte y de sociedades con una tendencia sociocultural de mayor inclusión hacia las personas Transgénero. Existe un importante vacío en la información sociodemográfica de aquellas personas que no buscan intervenciones sanitarias de adecuación corporal y que tienen una identidad de género no binaria. Algunas investigaciones plantean que los individuos que expresan una mayor intensidad de disforia de género son los que solicitan con mayor frecuencia las intervenciones sanitarias de transición, y son particularmente este grupo, los que figuran en los estudios epidemiológicos publicados (WPATH, 2012).

Si se analiza las metodologías de investigación utilizadas, los estudios presentan dificultades en la identificación de los sujetos debido: a la heterogeneidad en la forma en que los investigadores clasifican a los individuos con variabilidad en la identidad de género, la heterogeneidad de formas en que los individuos se identifican a si mismos, las metodologías de muestreo utilizados y el sesgo que tienen este tipo de investigaciones frente a la incomodidad que muestran las personas al hablar de su sexualidad e identidad de género en las encuestas (American Psychiatric Association, 2013).

Según las Normas de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, 2012) se revisaron las prevalencias reportadas en diez estudios, las que varían desde 1:11.900 a 1:45.000 para mujeres Trans y de 1:30.400 a 1:200.000 para hombres Trans. Se

ha observado en los estudios clínicos una clara mayor prevalencia de mujeres transgénero que de hombres transgénero. En 2015, Arcelus et al. realizaron un meta análisis de 21 estudios y concluyeron una mayor prevalencia de mujeres transgénero versus hombres transgénero, con una prevalencia en mujeres Trans de 1:14.705 y en hombres Trans de 1:38.461. En otra revisión realizada por Kenneth J. Zucker el 2016, mostró que la prevalencia de la disforia de género, según diferentes investigadores, es poco frecuente en el mundo. Dependiendo de la zona geográfica estudiada, la prevalencia de vida varió desde 0.3 a 2.0: 1.000, con una prevalencia más alta para las mujeres Transgénero que para los hombres Transgénero con un rango de 0.7-4.2: 1.000 versus 0-0.4: 1.000 (Zucker, 2016). En la publicación de la 5ª edición del DSM (Asociación Americana de Psiquiatría) se reporta que la prevalencia de disforia de género en mujeres adultas Transgénero varía entre 5-14:1000 (0.015–0.014) y en hombres adultos Transgénero varía entre 2-3:1000 (0.002–0.003) (American Psychiatric Association, 2013). En todas las fuentes consultadas, se sugiere que las tasas de prevalencia podrían ser mucho mayores, ya que dependiendo de la metodología utilizada en las investigaciones y en los contextos culturales donde se realizaron los estudios los datos obtenidos presentan una importante variabilidad. Si se consideran estudios de autoreporte (la autoidentificación como transgénero), las cifras aumentan de forma significativa, por ejemplo, en Estados Unidos, Conron et al evaluaron una muestra telefónica en el estado de Massachusetts durante el periodo 2007-2009 y describiendo que el 0,5% de los adultos se consideraron transgénero. Otro ejemplo mas reciente, Meerwijk y Sevelius reportaron una prevalencia de autoidentificación Transgénero del 0,4% en base a 12 estudios de encuestas realizadas en el periodo 2007-2015 en Estados Unidos. En relación a la orientación sexual en personas Transgénero, existen importantes variaciones regionales y culturales, por ejemplo, en América del Norte es frecuente encontrar la asociación mujer transgénero de orientación homosexual, en cambio en España, se ha reportado casi exclusivamente a la asociación mujer transgénero heterosexual (90%) (Zucker K. , 2017).

En el caso de niños/as y adolescentes Transgénero, es importante destacar que, en ninguno de los numerosos estudios epidemiológicos de salud mental se ha evaluado la prevalencia de disforia de género. Es por ello, que los datos publicados en su mayoría

derivan de muestras de niños/as que habían sido referidos a centros de salud por posible disforia de género. Destaca que las tasas de prevalencia en niño/as referidos son mayores en individuos con sexo asignado masculino. En un estudio canadiense que incluyó una muestra de 577 niños referidos entre los años 1976 y 2011, la relación entre hombres y mujeres fue de 4.49: 1. Sin embargo, la tendencia que muestran investigaciones posteriores es que dicha relación se va reduciendo con la edad (Zucker K. , 2017). En estudios de reporte parental sobre las conductas variante de género de sus hijos mediante el uso de “Child Behavior Checklist” (CBCL), en niños entre 4 y 11 años de edad y que no habían sido referidos a centros especializados, un 3.8% calificó de "algunas veces" a la pregunta “se comporta como el sexo opuesto” y el 1.0% calificó de “frecuente o a menudo” a la misma pregunta. Los porcentajes comparables para las niñas no referidas fueron 8.3% y 2.3% respectivamente (Zucker KJ, 1997). En un estudio que incluyó una muestra de 2.730 estudiantes de secundaria en San Francisco (EEUU) un 1.3% se auto-identificó con una identidad “transgénero” cuando se le preguntó respecto de su identidad de género entre alternativas de respuestas (Shields JP, 2013).

El en caso de adolescentes con disforia de género, los estudios de prevalencia se basan en la información obtenida del auto-reporte en encuestas y en el reporte de los padres. En un estudio realizado el 2012 en Nueva Zelanda en que se evaluó a 8.166 estudiantes de secundaria, realizando la pregunta “¿piensas que eres transgénero?”, el 1.2% respondió afirmativamente, el 2.5% no estaban seguros y 1.7% dijo no entender la pregunta. En los adolescentes la disforia de género es más prevalente en mujeres Trans que en hombre Trans (Zucker K. , 2017).

Otro aspecto relevante en la interpretación en los datos epidemiológicos y de lo observado en las últimas décadas, respecto del aumento en las tasas de prevalencia, estaría estrechamente relacionado a los cambios sociales de mayor aceptación y despatologización en las diferentes sociedades. Esto podría traducirse en que las personas Trans reportan su identidad y han aumentado las consultas en centros especializados para realizar su tránsito médico. De lo anterior se podría plantear que no existe un aumento real en la prevalencia, sino que una mejor pesquisa o visibilización de los individuos. Por otro lado, también se

podría argumentar que frente a la gradual despatologización y la menor estigmatización de las personas Transgénero más padres de niños con disforia de género consultan a especialistas y esto podría explicar el aumento en la prevalencia (Zucker K. , 2017). Si se asocia el creciente aumento de la oferta de centros especializados, que ofrecen a las personas Trans realizar acompañamiento y prestaciones de adecuación corporal, esto podría generar un aumento en las consultas y una percepción de aumento en la prevalencia.

3.1.2. Las personas Transgénero en la sociedad

Desde comienzo de la humanidad y en diferentes culturas se ha identificado la existencia de personas Transgénero en todo el mundo. Una de las primeras sociedades en que se hace mención fue en la Grecia Antigua, en que describe una plena integración de las personas Transgénero en la vida cotidiana y en las historias míticas de los filósofos. No se consideraba un problema social mayor, según varias investigaciones. Sin embargo, durante el periodo de mayor apogeo de la religión cristiana en el mundo occidental surgió el rechazo a cualquier forma de expresión sexual que difiriera de los fines de procreación (Vélez-Pelligrini, 2008).

Desde el siglo XVII los estudios del comportamiento humano en esta temática se han enfocado en determinar las causas de la homosexualidad y de la transexualidad desde una perspectiva patologizadora. Los primeros sesgos en sus estudios, derivaron de la falta de distinción entre la identidad de género y la orientación sexual, lo que determinó que en las primeras descripciones se incluyera a las personas Transgénero en el grupo de homosexuales (APA, 2010). Una de las publicaciones más representativas de este enfoque fue “*Psychopathia Sexualis*” (1886), del neurólogo alemán Richard Von Krafft-Ebing, quien consideraba a la homosexualidad como una desviación sexual producida por una constitución defectuosa del sistema nervioso. Con importantes matices, la idea de “desviación sexual” (perversión o parafilia) fue validada posteriormente por otros autores, tales como Sigmund Freud quien consideraba, al menos al comienzo de sus investigaciones psicoanalíticas, a la homosexualidad como el resultado de un estancamiento en las fases del desarrollo del aparato psíquico. Tales hipótesis patologizadoras de la identidad de género

transgénero y la orientación sexual homosexual predominaron hasta gran parte del siglo XX y derivaron en que muchos psicólogos y psiquiatras sometieran a estas personas a terapias que buscaban revertir su condición (Vélez-Pelligrini, 2008).

La concepción de la transexualidad ha ido variando de acuerdo a la forma en como cada grupo sociocultural o momento histórico la ha observado, así como la forma en que cada uno responde a ella. Sin embargo, para las sociedades funcionalmente estructuradas, como la describe Luhmann (1982), la transexualidad se ve como tema estigmatizado y excluido de la aceptación social. Influye que en el ambiente sociocultural predomina la visión hegemónica de la heterosexualidad que funciona como discurso controlador en la cultura (Manrique, 2013). En estas temáticas, las culturas occidentales, se marca claramente la distancia entre lo que socialmente se considera normal y lo anormal. Se tiende a normalizar y aceptar aquellos comportamientos que corresponden a lo que hace la mayoría y estos se van constituyendo como normas, es decir, lo normal. En consecuencia, la persona Transgénero, en la medida en que su autodeterminación y expresión de género se sale de la norma (aceptar por sentido que el sexo es algo puramente biológico y aceptar sólo el modelo binario de género: hombre o mujer) suponen comportamientos anormales a los que se etiqueta como “comportamientos desviados” y ante los cuales el control social aplica las medidas oportunas (Guasch O., 2014). En nuestra cultura se considera, o al menos así ha sido hasta hace poco, la transexualidad como una desviación de la conducta socialmente esperada; la persona pasa a ser un sujeto desviado cuya conducta se castiga socialmente mediante diferentes mecanismos de represión y control social, entre ellos la legislación vigente, el rechazo social y la exclusión o, incluso, una excesiva patologización médica (Biker, 2009). De hecho, se ha pasado de considerarlo un pecado y una desviación social a una enfermedad y, más recientemente, de una enfermedad a una condición de vulnerabilidad social.

3.1.3. Despatologización de la identidad de género

En la década del 50, John Money Ph.D. del Hospital Universitario Johns Hopkins (EEUU) describió la diferencia entre la identidad de género y el rol de género. A su vez

entre la década del 50 y 60 se iniciaron las primeras técnicas quirúrgicas de reasignación de género por un grupo selecto de cirujanos en el mundo. En ese mismo periodo, el endocrinólogo Harry Benjamin, M.D. publicó diversos artículos describiendo el “transexualismo” y fue el pionero en proveer tratamiento hormonal cruzado para las personas Transgénero. En la década de los 70 aparece por primera vez el término “Transexualidad” en la categoría diagnóstica de Trastornos Psicosexuales del Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su 3ª edición (DSM-III) (APA, 2010). Hasta ese entonces todo giraba entorno a una concepción de la persona Transgénero como una persona portadora de una enfermedad psiquiátrica (Trastorno de la Identidad de Género) y que podría ser sujeto de tratamiento mediante la adecuación corporal. Así, la persona podría experimentar una congruencia entre la identidad de género y su corporalidad, lo que le permitiría expresar su género según lo esperado social y culturalmente.

Posteriormente, diversas investigaciones científicas han intentado dilucidar el sustrato biológico que determinaría la identidad de género de tipo transgénero o la orientación sexual homosexual como un fenotipo que sería producto de alteraciones genética (cromosómicas o en genes de receptores de hormonas sexuales), endocrinológicas (niveles anormales de hormonas sexuales en el feto) y/o exógenas (exposición de la madre en la gestación a fármacos u otras sustancias que afectan la producción hormonal) (Foreman M., 2019). Sin embargo, hasta ahora no se tiene certeza alguna sobre ello y las posibles etiologías son tan desconocidas como las que determinan la identidad de género Cisgénero o la orientación sexual de tipo heterosexual. Es por ello que la comunidad científica plantea que en la construcción de la identidad de género y la orientación sexual participan múltiples factores, tanto biológicos (genéticos y hormonales) como ambientales (psicológicos, sociales y culturales) (Zucker, 2016). De lo anterior, se podría considerar que los determinantes biológicos del fenotipo Cisgénero o Transgénero se conectarían como un continuo entre ambos.

En la actualidad podemos decir que tenemos una mayor comprensión y conocimiento sobre la identidad de género. Se sabe que el comportamiento de niños y niñas

pueden evidenciar expresiones variadas de género a edades muy tempranas (2-3 años de edad), que las intervenciones de transición médicas en adolescentes (mayores de 12 años) conducen a un mejor funcionamiento psicológico en la adultez, que la supresión puberal (con análogos de las gonadotrofinas sexuales) no tiene influencia negativa en el desarrollo neuropsicológico de adolescentes y que las intervenciones psicosociales afirmativas de género en menores Transgénero les permiten una mayor adaptación social y disminuyen la intensidad de la disforia de género. Sin embargo, no se ha podido resolver cuándo la identidad de género se establece como tal (hay alguna evidencia de que entre 10 y 13 años y la experiencia frente a la pubertad física son hechos relevantes), cuáles de los niños o niñas prepúberes con disforia de género persistirán como adolescentes/adultos Transgénero ni cuáles son los resultados psicológicos y físicos a largo plazo de las intervenciones de transición médica en prepúberes (De Vries A.L.C., 2016).

La despatologización de la identidad de género propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría, a través de la eliminación del trastorno de identidad de género y cambiando el diagnóstico a disforia de género en el año 2013, ha permitido mantener la temática en un campo de investigación de interés y el desarrollo progresivo de prácticas sanitarias, no considerando a la identidad Transgénero como patológica, sino como una variación de la identidad de género humana al igual que la orientación sexual. El diagnóstico de disforia de género permitiría a las personas Transgénero tener acceso justo a la atención de salud (APA, 2010).

Por otro lado, se han planteado críticas por parte de las comunidades Transgénero a la inclusión de la disforia de género como diagnóstico en el DSM-5, ya que ello implicaría la patologización de las personas Transgénero al considerarlas portadoras de una enfermedad mental (Green E, 2015) o de psiquiatrización del sufrimiento que experimentan frente a la vivencia de incongruencia de género. Lo anterior, se ha fundamentado en que, si los individuos pudieran expresar su identidad de género o su orientación sexual con plena libertad en la sociedad, no experimentarían la estigmatización o el sufrimiento de pertenencia a una minoría y no se comprometería su calidad de vida (Hurtado, 2011). Lo anterior se ha observado en los estudios de personas homosexuales que viven en sociedades

que les permite su plena inserción social (respecto de garantías de sus derechos individuales) (Riberido dos Santos, 2015). Más aún, si consideramos la conceptualización de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud, aludiendo a que «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2017), el acceso a prestaciones de adecuación corporal para personas Transgénero con el objetivo de permitirles un mejor funcionamiento psicológico y social no debiera estar supeditado a la patologización particular de su vivencia de incongruencia de género.

3.1.4. Estrés de las minorías en las Personas Transgénero

El concepto “estrés de las minorías” hace referencia al sufrimiento de aquellas personas que conforman grupos minoritarios, basado en la teoría del estrés social, la cual postula que los factores estresantes podrían constituirse por factores tanto intrapersonales, interpersonales o del entorno (Swank, 2012). Corresponde a un tipo particular de estrés y que cumple con tres características esenciales, las cuales serían: a) Es único, en tanto es aditivo al estrés vivido por las personas en general y requiere un esfuerzo adicional para hacerle frente por parte del individuo; b) Ser crónico; c) Tener una base social, más allá de los acontecimientos individuales (Gómez, 2012). Por otra parte, los factores constituyentes del estrés se pueden clasificar en distales (aquellos objetivos medibles en el entorno) y en proximales (subjetivos, vivenciados por el individuo y dependientes de los primeros) (Swank, 2012).

Las personas, al identificarse en un grupo socialmente expuesto a discriminación social y estigmatización, experimentan altos niveles de estrés e inseguridad al enfrentar situaciones sociales (Gómez, 2012), esta situación podría crear en los individuos dificultades en la capacidad de adaptarse y funcionar en los entornos cotidianos (Swank, 2012). Por otra parte, pueden anticipar reacciones negativas por parte del “grupo dominante”, incluso cuando no se ha sido víctima directa de prejuicio (por ejemplo, el miedo de un individuo Trans a ser víctima de un crimen de odio Transfóbico sin haberlo sufrido). Esta percepción de rechazo social, asociado a las dificultades en la adaptación,

genera consecuente disminución de bienestar y deterioro en la salud mental de las personas que pertenecen a la minoría (Külmer, 2016).

3.1.5. Indicadores de salud en las personas Transgénero

Si bien ha habido un aumento en las investigaciones con sujetos transgénero que buscan caracterizar perfiles sociodemográficos y epidemiológicos respecto de sus determinantes sanitarios y sociales, son escasos los datos relevantes sobre el estado de salud y las disparidades de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe. La mayor cantidad de la información que se cuenta proviene de estudios en países europeos y EEUU (OPS, 2013). En esta revisión se ha planteado que la identidad de género de tipo Transgénero no constituye una patología de ningún tipo, sin embargo, vivir siendo una persona Transgénero en nuestra sociedad implica, en forma variable según la cultura, exponerse a entornos de riesgo para la salud.

Entre las problemáticas de salud que más frecuentemente se asocia a las personas Transgénero son: exposición a diferentes formas de violencia, alta prevalencia de problemas de salud mental, alta prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), alta prevalencia de problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, reacciones adversas asociadas al uso sin supervisión médica de hormonas e intervenciones quirúrgicas fuera de sistemas de salud acreditados o regulados (tales como inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificación corporal) y problemas de salud reproductiva.

3.1.6. Discriminación y Violencia

En la literatura se describe que las personas Transgénero frecuentemente se ven expuestas a situaciones de discriminación y violencia en todas las sociedades. En un estudio sobre la violencia de género el 60% de las personas Transgénero informó haber sido

víctimas de hostigamiento, agresión o violencia psicológica y el 37% haber experimentado discriminación económica (Lombardi EL, 2001). Según el Proyecto Trans Murder Monitoring (TMM), que comenzó a monitorear, recolectar y analizar en forma sistemática los informes de homicidios de personas Transgénero y de género diverso en todo el mundo desde 2009, en su actualización del año 2016 reportó 1.654 asesinatos en 23 países de América Central y del Sur, lo que representa el 78,2% de los asesinatos a este grupo reportados a nivel mundial (IDAHOT, 2016). Es probable que estos datos no den cuenta de las tasas reales, ya que en muchos países de la región no existe buena calidad en los registros respecto de las motivaciones de estos actos de violencia y el no identificar con claridad que se trate de una persona Transgénero. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que los crímenes de odio motivados por la Transfobia constituyen una gran parte de los casos reales (OPS, 2013).

Trans PULSE, fue un estudio realizado en Ontario (Canadá) (NISLY N.L., 2018) sobre los determinantes sociales de la salud entre las personas transgénero en un país donde esta población está cubierta por leyes de Derechos Humanos. En el lugar de trabajo, un 13% de las personas transgénero reportó haber sido despedido/a de su trabajo por ser transgénero y el 18% reportó haber sido rechazado debido a actitudes y políticas laborales negativas hacia ellos/as (Bauer GR S. A., 2015) (Bauer G, 2011). Las personas Transgénero en el estudio Trans PULSE mostraron ser una población subempleada, con bajos ingresos económicos, a pesar de que el 44% de los participantes tenía un título universitario o de posgrado (Bauer GR T. R., 2012).

En el XV Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile, se describió que en el 2016 ocurrieron un total de 332 casos o denuncias por Homofobia o Transfobia, con un incremento del 28,6% en relación al año anterior. (MOVILH., 2017). La violencia contra las personas trans u otras expresiones de género frecuentemente se sobrepone a otros ejes de opresión que prevalecen en la sociedad, como el racismo, sexismo, xenofobia y la discriminación en contra del trabajo sexual (Fedorko B., 2017). A lo anterior, se suma la violencia institucional que aún persiste en el sector educacional, laboral y sanitario, lo que causa importantes limitantes en los proyectos de

vida de las personas Transgénero. Otro estudio chileno fue el publicado por Linker D. (2017) llamado “Encuesta T” sobre personas Transgénero en Chile. En dicha encuesta se entrevistó a 315 personas Transgénero y mostró que al interior de las familias la violencia más recurrente fue el cuestionamiento de la identidad con un 97%, mientras que el ignorar correspondió al 42% y la agresión verbal a un 36%. El 40 % de los encuestados señaló haber sufrido violencia en su lugar de estudio y que el tipo de violencia más frecuente (50 %) fue el cuestionamiento de la identidad seguido de agresiones verbales o que los ignoraron (Informe Ejecutivo Encuesta T, 2017). Un 95% de los encuestados declaró haber sentido de forma discriminatoria el cuestionamiento de su identidad en centros de salud (Linker, 2017). En otro estudio chileno realizado por Barrientos et al. (2010), en el que se encuestó a 488 sujetos mayores de 18 años y que se auto-identificaban como pertenecientes al grupo LGBTI, se evidenció que el 35% refirió haber experimentado discriminación académica/ laboral y en su vecindario y el 60% informó haber sufrido insultos o amenazas. Las personas Transgénero fueron las significativamente más propensas a experimentar situaciones de discriminación o victimización en comparación al resto de los sujetos homosexuales, lesbianas o bisexuales (Barrientos J, 2010).

Esta panorámica de la situación actual que viven las personas Transgénero evidencia la elevada carga de discriminación y victimización en diferentes contextos sociales, lo que puede constituir un importante factor de segregación y riesgo para la salud. Por ejemplo, la población Transgénero, especialmente las mujeres, se vinculan al ejercicio del comercio sexual, lo que podría estar determinado por la falta de inclusión social en el mundo laboral, la exclusión o autoexclusión del régimen educacional y la escasa oferta sanitaria asociada a la percepción de brecha que determina mayores riesgos para su salud (Zapata A., 2019).

3.1.7. Salud Mental

Las personas Transgénero son un grupo particularmente vulnerable al desarrollo de problemas de salud mental en comparación con la población general. Diferentes investigaciones han encontrado una estrecha relación entre la disforia de género y

psicopatología general (Bockting, 2013), trastornos depresivos (Nuttbrock, 2013), suicidalidad (Clements-Nolle, 2006), y conductas auto-agresivas motivadas por la percepción de prejuicios y discriminación en personas Transgénero respecto de su entorno social (Claes, 2015). A pesar de lo anterior, estos datos se han cuestionado en estudios de revisión al revelar una amplia gama de resultados inconsistentes, confusos, contradictorios y con significativas limitaciones. Entre los sesgos se incluye el uso de muestras pequeñas y potencialmente no representativas y la metodología utilizada para explorar la psicopatología (mostrando una tendencia a usar herramientas de auto reporte por sobre el uso de entrevistas clínicas estructuradas validadas científicamente) (Zucker, 2016).

Otros estudios han relacionado el riesgo de padecer problemas de salud mental a la vivencia del individuo frente a la discrepancia entre los caracteres sexuales y su identidad de género (disforia de género), pero también al estrés causado por la discriminación y la exclusión social. Respecto a esto, la OMS, en un comunicado del Centro de Prensa en 2017, señaló que las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas en personas Trans. En este caso, las tasas de suicidio son particularmente elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales y los reclusos (OMS, 2017). Según las últimas cifras de la OCDE (2014), más de 1.500 personas se suicidan al año en Chile, (y la mayor parte de ellos son adolescentes con conflictos de orientación sexual) lo que posiciona a nuestro país como uno de los que tiene la tasa más alta del mundo en suicidios de jóvenes dentro de un ranking liderado por Corea del Sur (OCDE, 2014). En los resultados de la Encuesta T (2017) el 56% de los encuestados declaró haber intentado suicidarse. Mientras, la edad en que más se cometen los primeros intentos de suicidio fue entre los 11 y 15 años, con un 46%, mientras que un 26% entre los 16 y 18 años (Linker, 2017). En revisiones de recopilación de datos de intentos de suicidio en adolescentes Transgénero revelan que, la mayoría de los individuos relacionó la conducta suicida a situaciones de percepción de intolerancia en el ámbito familiar que acentuaba su sentimiento de disforia de género y favoreció la realización de conductas de riesgo. En el ámbito escolar, donde dicho entorno termina siendo percibido

como un espacio de opresión, se sintieron motivados a disfrazar su deseo de expresar libremente su género y enfrentar de manera silenciosa las agresiones físicas y psicológicas (Berger C., 2015).

En una revisión realizada por C. Dhejne, que consideró 47 estudios que incluyeron sujetos Transgénero adultos (mayores de 18 años) evaluados por profesionales de salud y con el objetivo de identificar co-morbilidad psiquiátrica o psicopatología, antes o posteriormente a su transición médica, evidenció que existen tasas de prevalencia variables que van desde porcentajes comparables con la población general hasta porcentajes mayores en favor de las personas Transgénero. Además, se evidenció que la prevalencia de psicopatología en mujeres Trans era comparable con mujeres Cisgénero si se comparaba con hombres Transgénero, y que las primeras presentaban una incidencia de trastornos afectivos 2-3 veces mayor que los hombres Cisgénero. Los trastornos psiquiátricos más prevalentes fueron los trastornos afectivos y los de ansiedad, siendo los trastornos psiquiátricos severos (como la esquizofrenia y el trastorno bipolar) de presentación infrecuente. Pocos estudios evaluaron la prevalencia de trastornos de la personalidad en personas Transgénero y los escasos estudios existentes incluyeron un limitado número de sujetos. En la mayoría de los estudios no se encontró diferencia en las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos entre hombre o mujeres Transgénero y no se encontraron diferencias en la edad de inicio de la psicopatología. En la mayoría de los estudios se evidenció una mejoría en la morbilidad psiquiátrica posterior a la transición (Dhejne, 2016).

Respecto del impacto de la transición de adecuación corporal en la salud mental de las personas Transgénero, un estudio longitudinal realizado en Suecia basado en todas las personas Transgénero que fueron sometidas a genitoplastía entre los años 1973 y 2003 (una cohorte de 191 mujeres Transgénero y 131 hombres Transgénero) y comparando con la población general se encontró que el 19% de las mujeres Transgénero y que el 17% de los hombres Transgénero habían requerido de hospitalización psiquiátrica por causa de trastorno psiquiátrico antes de ser sometidos a genitoplastía. Posterior a la genitoplastía las personas Transgénero, si bien la prevalencia de hospitalización psiquiátrica disminuyó, el riesgo se mantenía elevado con un 2.8 veces más probabilidad de hospitalización

psiquiátrica, 4.9 veces más probabilidad de intento suicida, 19.1 veces más probabilidad de muerte por suicidio en comparación con la población control. No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres Transgénero (Dhejne C, 2011).

Otro estudio de prevalencia de psicopatología actual y de vida en 305 sujetos Transgénero (182 mujeres y 123 hombres Transgénero) evaluados entre el año 2007 y 2010 en centros especializados de Bélgica, Alemania, Países Bajos y Noruega (pertenecientes a la European Network for the Investigation of Gender Incongruence). Se utilizaron los instrumentos clínicos Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus y la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders. La prevalencia de trastorno psiquiátrico actual y de por vida fue de 38% y 69% respectivamente, y sin diferencias significativas entre hombres y mujeres Transgénero. Las patologías psiquiátricas más prevalentes fueron los trastornos del ánimo (27% actual, 60% de por vida) y trastornos de ansiedad (17% actual, 28% de por vida). Alrededor de un 15% de los pacientes puntuaban para uno o más trastornos de personalidad, que se correspondían con una prevalencia similar a la de la población general en los países que se incluyen en la Red Europea para la Investigación de la Incongruencia de Género (Heylens G, 2014a). Otros estudios revisados en la literatura muestran tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos similares (Zucker, 2016).

Estudios en jóvenes transgénero muestran que, al momento de la primera evaluación clínica en centros especializados de género, ellos presentaron significativa sintomatología ansiosa y depresiva entre otros diagnósticos de salud mental (Spack NP, 2012). Además, se ha publicado que el 24% de jóvenes Transgénero ha referido ideación suicida. En este grupo etario se ha encontrado una correlación positiva entre quejas de ansiedad y la edad, siendo más prevalente en adolescentes mayores que en menores (Janssen A L. S., 2018). Investigaciones holandesas ha reportado que el acceso de adolescentes Transgénero bien seleccionados a supresores hormonales (bloqueadores del desarrollo de caracteres sexuales secundarios) remiten quejas de ansiedad a tasas de prevalencia semejantes a sus pares adolescentes Cisgénero (de Vries ALC, 2014).

Diferentes autores plantean que la relación existente entre el acceso a tratamientos de supresión puberal y disminución de la prevalencia de psicopatología en adolescentes Transgénero, se explicaría por permitir al individuo explorar y desarrollar su identidad de género sin el estrés adicional que la aparición de los caracteres sexuales secundarios le produciría y facilitaría la aceptación del entorno social (Janssen A L. S., 2018). Una de las razones de la elevada prevalencia de psicopatología en adolescentes Transgénero se podría deber en parte a su disforia de género severa, que se exacerba frente al desarrollo de características anatómicas que son incongruentes con su sexo asignado, junto al estigma social y el rechazo que muchos adolescentes enfrentan en diferentes ámbitos (la familia, la escuela, el grupo de pares, etc.).

Durante la última década, ha aumentado la evidencia que sugiere una asociación entre la disforia de género y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (Janssen A H. H., 2016) (de Vries A, 2010). La literatura actual sugiere que existe una relación bidireccional; es decir, los individuos que presentan disforia de género tienen más probabilidades de tener un diagnóstico de TEA co-mórbido, y las personas que presentan un diagnóstico de TEA tienen más probabilidades de tener el diagnóstico co-mórbido de disforia de género (Janssen A L. S., 2018). Las actuales tasas de prevalencia de TEA en la población general varían de 0.3 a 1.16% (Eisabagh M, 2012), y las personas con TEA tienen aproximadamente siete veces más probabilidades de expresar una identidad de género diversa que sus pares de la misma edad (Janssen A H. H., 2016).

3.1.8. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

Los datos epidemiológicos relativos a la prevalencia de infección del VIH e ITS en personas Transgénero varían ampliamente según la población y el territorio estudiado. Una de las razones de la falta de información es el hecho de que las mujeres Transgénero, a menudo, son incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En general, la literatura plantea que existe una alta prevalencia en esta población y se considera un grupo de riesgo para contraer este tipo de infecciones. La elevada

prevalencia no se ha atribuido exclusivamente a conductas de riesgo específicas, sino también a otros factores de vulnerabilidad socioeconómica y relacionadas con el acceso sanitario (McNulty, 2017).

Las mujeres Transgénero presentan tasas de prevalencia de infección del VIH entre 2.5 – 18%, lo que representa aproximadamente el doble de riesgo de contraer la infección que los hombres HSH. En 2013, una revisión sistemática y un metanálisis reportaron que la prevalencia combinada general de infección por VIH en mujeres Transgénero en todo el mundo fue del 19,1% (IC del 95%: 17,4-20,7) (Baral SD, 2013). Las mujeres Transgénero que realizan trabajo sexual presentan tasas significativamente mayores entre 28 – 63% (OPS, 2013). En 2008, otra revisión sistemática y metanálisis evidenció una prevalencia del VIH del 27.3% entre las trabajadoras sexuales transgénero, el 14.7% en mujeres transgénero que no realizan trabajo sexual, el 15.1% en los trabajadores sexuales Cisgénero y el 4,5% en las trabajadoras sexuales Cisgénero (Operario D, 2008). El riesgo de contraer el VIH en hombres Transgénero, es mayor en aquellos con orientación sexual homosexual y está asociado a la práctica del sexo sin protección con parejas VIH positivas (OPS, 2013).

En una revisión de McNulty (2017) respecto de la prevalencia de infección de VIH e ITS en personas Transgénero y su relación con factores de vulnerabilidad a contraerlas, especialmente en mujeres Transgénero. Existen pocos estudios publicados sobre la vulnerabilidad de los hombres transgénero. El estigma y discriminación que afecta a este grupo limita en forma significativa su capacidad de elaborar proyectos académicos y laborales. Como consecuencia, muchas mujeres Transgénero realizan el comercio sexual y en condiciones de mayor vulnerabilidad (prácticas callejeras, sin uso de preservativo u otro método profiláctico de contraer una ITS). Se estima que muchas mujeres Transgénero se involucran en el comercio sexual, entre el 24-75%, y que consideran que su práctica es de bajo riesgo de contraer VIH, según estudio en EEUU (Herbst JH, 2008). De acuerdo con un estudio, el consumo de sustancias como alcohol y otras drogas (no inyectables) pareciera ser significativamente mayor entre las mujeres trans VIH positivas que entre otras personas VIH positivas (Toibaro et al, 2009). Otros estudios han señalado que las personas Transgénero perciben barreras al acceso sanitario, lo que contribuye a su vulnerabilidad de

contraer VIH al no poder acceder a las medidas preventivas y bajas tasas de acceso a las medidas de pesquisa. En un estudio canadiense, realizado a través del muestreo dirigido por encuestados, el 46% dijo nunca haberse sometido a un examen de detección de VIH (Bauer GR T. R., 2012).

Respecto de otras ITS, las tasas de prevalencia para la sífilis muestran patrones similares a la infección del VIH, con tasas de infección activa o pasada de sífilis entre 1 – 13% para HSH en comparación con las mujeres Transgénero con tasas entre 6 – 51%. Estudios de prevalencia de hepatitis B en personas Transgénero, un estudio en Argentina reveló una tasa de 42% entre mujeres Transgénero y 22% entre hombres Transgénero que realizan trabajo sexual. En el mismo estudio, el 97% de las trabajadoras sexuales Transgénero eran portadoras de virus papiloma humano. Tres estudios evaluaron la prevalencia de la infección del virus herpes tipo II (HSV2) entre mujeres Transgénero en El Salvador, Nicaragua y Perú. En los estudios se evidencia tasas de prevalencia entre el 71 – 81% (OPS, 2013).

3.1.9. Problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas

Los estudios sistemáticos sobre el consumo de alcohol y/o sustancias en personas Transgénero son escasos. En la literatura especializada se describe un mayor consumo en personas pertenecientes a las minorías sexuales en comparación con la población general. Una encuesta realizada por la Oficina del Censo de los EE. UU (2013) encontró que adultos entre 18 y 64 años, pertenecientes a agrupación LGBT, informaron haberse “emborrachado” en el último año en un mayor porcentaje de (cinco o más bebidas en una sola ocasión) que los adultos heterosexuales (Ward BW, 2014). En un estudio estadounidense que incluyó una muestra de 34,653 adultos pertenecientes a LGBT, que se encontraban en tratamiento por consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias de abuso, mostró que las minorías sexuales, especialmente las mujeres, tenían una mayor probabilidad de padecer trastornos relacionados con el uso de sustancias en la vida y un inicio edad más temprana para el consumo de alcohol que sus homólogos heterosexuales

(McCabe SE, 2013). El consumo de sustancias también puede estar asociado a la búsqueda de situaciones que permitan soportar las realidades de un entorno generalmente, hostil y adverso (OPS, 2013).

En una revisión sistemática (2018) sobre el consumo perjudicial de alcohol en personas transgénero, se encontraron cuarenta y cuatro estudios, mayoritariamente en los Estados Unidos, que mostraron prevalencias de consumo perjudicial elevadas en esta población. Sin embargo, las estimaciones presentaban amplias variaciones y frecuentes problemas metodológicos respecto del uso de los conceptos de identidad de género y del diagnóstico de consumo perjudicial (Gilbert P.A., 2018).

3.1.10. Uso de hormonas y realización de tratamientos quirúrgicos sin supervisión médica

Las personas Transgénero que presentan una mayor disforia de género son los que más frecuentemente demandan al sistema sanitario acceso a intervenciones de supresión puberal, en el caso de adolescentes, y de hormonoterapia cruzada masculinizante o femenizante. La alta percepción de barreras en el acceso a tratamientos hormonales, asociado a la vulnerabilidad socioeconómica evidenciada, contribuye a que las personas Transgénero accedan a ellos mediante la auto administración sin la supervisión médica. Existen varios estudios que muestran que, tanto en población de adolescentes y adultos Transgénero, los tratamientos hormonales producen un efecto benéfico en la disforia de género y en un mejor funcionamiento psicológico frente a la percepción de que se consiguen los cambios físicos deseados (Zucker, 2016; De Vries A.L.C., 2016).

A pesar del reconocimiento del beneficio de los tratamientos hormonales de las personas Transgénero en su transición médica, estos no están exentos de riesgos y efectos colaterales (enfermedad tromboembólica, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión arterial, cálculos biliares, acné, aumento de grasa corporal, desarrollo o agravamiento de apnea del sueño, desarrollo de tumores dependientes de andrógenos y enfermedad cardiovascular, etc.) que pueden comprometer la salud de quienes los usan. Es por ello que

este tipo de tratamientos, que se incluyen en el proceso de tránsito, requiera de una evaluación y seguimiento médico endocrinológico (WPATH, 2012; OPS, 2013).

Por otro lado, muchas personas Transgénero utilizan inyecciones de rellenos de tejidos blandos (siendo la sustancia más frecuentemente usada la silicona líquida) para modificar partes de sus cuerpos. En una muestra de mujeres trans, entre 16 y 25 años, el 29% indicó que se habían inyectado silicona líquida en algún momento de su vida. Los riesgos sanitarios a estas prácticas derivan de la administración por personal no calificado, las malas condiciones de higiene, las malas prácticas de asepsia y antisepsia, la contaminación química de los materiales de relleno (con aceite de linaza y aceite mineral), contaminación bacteriana o por hongos. Además de las complicaciones derivadas de estas condiciones, la práctica de inyectar silicona industrial (dimetilpolisiloxano) o aceites de parafina directamente al tejido celular subcutáneo o los pómulos puede producir graves consecuencias médicas. Entre los efectos más severos, puede causar una embolia pulmonar, con consecuencias fatales en alrededor del 25% de todas las personas afectadas (OPS, 2013).

3.2. DERECHOS DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

En los últimos años, los cambios socioculturales, políticos, económicos y estatales a favor de la igualdad y la no discriminación para la población lésbica, gay, bisexual, transexual e intersexual (LGBTI) han marcado precedente. Se han ido avanzando en la apertura social a un abanico de oportunidades y de mejores condiciones de vida para un sector de la población que históricamente ha sido discriminada y desventajada (Zapata A., 2019).

En el ámbito internacional, y en el contexto de los derechos humanos, los diferentes instrumentos normativos vinculantes no mencionan en forma específica los derechos de las personas respecto de su orientación sexual y la identidad de género. Sin embargo, en la línea de construir hacia un nuevo pacto social inclusivo y pluralistas las Naciones Unidas y diferentes organizaciones internacionales afines han comenzado a hacer referencia a la situación de estos grupos y sus derechos. Entre estos instrumentos destacan los Principios

de Yogyakarta, desarrollados el 2006 por jueces, académicos, una ex alta comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Mary Robinson), relatores de Procedimientos Especiales de Naciones Unidas, miembros de órganos de los tratados, organismos no gubernamentales y otros. En ellos se hacen explícitas las obligaciones en materia de derechos humanos contraídas por los Estados en relación con la orientación sexual y la identidad de género en tratados internacionales (Rueda-Castillo, 2015). Definen la identidad de género como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Comisión Internacional de Juristas (ICJ), 2007).

Otro documento relevante es el presentado por la Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos del Consejo Permanente de la Organización de Estados Americanos (OEA), en abril de 2012, denominado “Orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes”. Este texto fue elaborado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y en él se incluye, además de la identidad de género, la expresión de género (Rueda-Castillo, 2015).

En Chile, no existe ninguna suscripción y ratificación a algún tratado internacional de derechos humanos en que se referencia, siquiera implícitamente, a un eventual reconocimiento de la “identidad de género”, y menos a la existencia de derechos fundamentales al respecto. Sin embargo, sí ha existido un desarrollo de normativas internas que buscan disminuir las desigualdades que afectan a las minorías sexuales. Entre ellas destaca: La Ley 20.609 (promulgada el año 2012), llamada Ley Antidiscriminación o “Ley Zamudio”; la Ley 20.750 (2014), que incorpora en el correcto funcionamiento de los servicios de televisión, el respeto a la Diversidad Social, Cultural, Étnica, Política, Religiosa, de Género, de Orientación Sexual e Identidad de Género; la Ley N°20.830 (2015) que crea el Acuerdo de Unión Civil; la Ley 2.845 (2015) sobre la inclusión

educacional; la Ley 20.885 (2016) que crea la Subsecretaría de Derechos Humanos; entre otras. Por otra parte, el Servicio Médico Legal chileno garantizó el 2008 un trato digno y desprejuiciado a la población Trans que se atiende en sus dependencias en los procedimientos técnicos que desempeña, así como el trato mediante el uso de su nombre social (INDH, 2012). El Ministerio de Salud en Chile, además de instruir a los dispositivos de la red sanitaria pública el trato mediante el nombre social (Circular N° 34 del año 2011), publicó el primer Protocolo que regula los procedimientos médicos de adecuación corporal (Ministerio de Salud de Chile, 2010), y la Guía Práctica para Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Orientaciones para los equipos de Atención Primaria (Ministerio de Salud, 2016).

De acuerdo al Informe anual de Derechos Humanos de la Diversidad sexual y de Género en Chile (2016), uno de los avances más significativos, es el Acuerdo por la Igualdad, firmado en el año 2016, entre el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) y el Gobierno de Chile, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). El Estado chileno asumió como un compromiso vinculante llevar a la práctica todos y cada uno de los desafíos antidiscriminatorios, tanto en Leyes como en Políticas Públicas, que busquen eliminar el estigma social que afecta a población de la Diversidad Sexual y de Género (MOVILH., 2017).

Si bien es cierto, a lo largo del tiempo la población LGBTI, ha podido acceder a un mayor número de derechos, la extensión de estos sigue estando restringida, es decir, se ve regulada por las decisiones de la mayoría sexual, sin importar que los derechos civiles y políticos deben ser protegidos independientes de intereses y creencias mayoritarias, así al menos lo reporta el Centro de Estudios Plural Chile (2016), quienes describen y analizan en su Informe “Percepciones sobre matrimonio igualitario: ¿Está Chile preparado?”, algunas de las razones en la demora de la tramitación de la norma, responsabilizándose de ello al Estado chileno, antes que a la ciudadanía (.plural, 2016).

En similar situación enfrentó el Proyecto de Ley sobre el Derecho de la Identidad de Género (Ley N°21.120), ingresado a la Cámara del Senado chileno el año 2013 y que

finalmente fue promulgado el 2018. El objeto de esta Ley es regular los procedimientos para acceder a la rectificación de la partida de nacimiento de una persona, en lo relativo a su sexo y nombre, ante el órgano administrativo o judicial respectivo, cuando dicha partida no se corresponda o no sea congruente con su identidad de género. Dentro de la Ley 21.120, en su artículo 23 establece que los “niños, niñas o adolescentes (entre 14 y 18 años de edad) cuya identidad de género no coincida con su sexo y nombre registral y sus familias podrán acceder a los programas de acompañamiento profesional, lo que consistirán en una orientación profesional multidisciplinaria que incluirá acciones de asesoramiento psicológico y biopsicosocial”.

3.2.1. Marco normativo referencial para la atención de salud de personas Transgénero en Chile

El Ministerio de Salud de Chile ha emitido una serie de documentos que permiten orientar y delinear prácticas en los entornos sanitarios a profesionales y funcionarios de la salud. Existen 4 Circulares, emanadas desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en donde se instruyen distintas disposiciones referentes a la atención de las Personas Trans.

La primera es la Circular N° 34 de septiembre 2011, que instruye sobre la atención de Personas Trans y fortalecimiento de la estrategia “Hospital Amigo” a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial pública. La 2°, Circular N° 21 de junio 2012 que reitera la instrucción sobre la atención de Personas Trans en la red asistencial. La 3°, Circular N° 18 de diciembre 2015, que instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños(as) intersexuales y por último, la Circular N° 7 de agosto de 2016, que complementa la Circular N° 18 que instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños/as intersexuales. Además, existe la “Guía Práctica de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria 2015 (DIPRECE, 2015), en que se abordan las nociones de “Trans” y se explicita que la incongruencia entre el sexo asignado y la identidad de género no constituyen una enfermedad mental.

3.3. LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) publicó en el 2005, la 7° edición de las Normas de Atención para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género, la que se ha ido configurando como una Guía Clínica para que profesionales de la salud puedan ayudar y/o acompañar a la persona Transgénero, y con variabilidad de género, a transitar por rutas seguras y eficaces para el logro de un confort personal duradero con sus identidades de género, permitiéndoles maximizar la salud general, bienestar psicológico y realización personal (WPATH, 2012).

Estas Normas han sido un referente importante para la elaboración de guías clínicas y lineamientos técnicos para que servicios sanitarios de los diferentes Estados implementen programas de atención de salud para personas Transgénero, que soliciten realizar su transición médica, de diferentes contextos clínicos y socioeconómicos. En este sentido, el Estado chileno ha ido adhiriendo a diversas iniciativas que buscan resguardar el bienestar de las personas Transgénero, respecto de disminuir las brechas en el acceso a salud y garantizar una atención que se enmarque en el respeto a los derechos humanos y a la no discriminación o estigmatización, según la orientación sexual e identidad de género.

Una de las primeras disposiciones que entregó importantes orientaciones a los equipos de salud en Chile es la “Vía Clínica para la Adecuación Corporal en personas con Incongruencia entre sexo físico e identidad de género” (2010), desarrollada por la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), del Ministerio de Salud (MINSAL), que facilita el acceso a la atención en salud para personas adultas con disforia de género que buscan adecuación corporal. En ella se contemplan una serie de intervenciones organizadas y sistematizadas de salud mental, hormonoterapia y adecuación corporal quirúrgica, con el objetivo de contribuir a que el individuo logre un sentimiento de comodidad persistente con la identidad de género (MINSAL, 2010).

Respecto a las coberturas de las prestaciones de salud en personas transgéneros, algunas son cubiertas, pero otras, como vaginoplastías, no están descritas, lo que genera problemas de reembolso por parte de los seguros de salud públicos y privados (Zapata A., 2019). En relación a lo último, un problema relevante radica en el alto costo económico que implica adecuar el cuerpo a la identidad que se desea, convirtiéndose en un proceso poco accesible para la mayoría de las personas Transgénero (Araya C., 2014).

3.3.1. Percepción de la Atención Sanitaria de las personas Transgénero

Las personas Transgénero enfrentan significativas desigualdades en salud, no sólo respecto del acceso a prestaciones sanitarias específicas a sus demandas, sino también respecto de las coberturas y la ausencia de políticas públicas en salud que garanticen el acceso. Y en el ámbito de la atención médica, las personas Transgénero se enfrentan a una falta de sensibilidad y respeto de parte de los facultativos. Esta percepción puede afectar el deseo y la capacidad de las personas transgénero de acceder a la atención. Las investigaciones sobre las barreras de acceso al cuidado sanitario de las personas Transgénero derivan casi exclusivamente en datos recopilados a través de encuestas de autoreporte (Safera J.D., 2016). Se requiere de estudios que utilicen metodologías más directas que objetiven tales percepciones.

En el estudio canadiense Trans PULSE, el 40% de las personas transgénero reportaron que se habían experimentado discriminación (tales como el rechazo de la atención, el lenguaje degradante y el rechazo a examinar partes específicas del cuerpo) por parte del médico de familia (Bauer GR Z. X., 2015). En la Encuesta Nacional de Discriminación Transgénero, realizada entre los años 2008 y 2009, con un número de encuestados 6.450 que se identificaban como transgéneros o incongruentes de género, se reportó que el 19% de los encuestados informó no haber recibido atención médica debido a su identidad transgénero, el 50% informó haber tenido que enseñar a sus proveedores sobre sus necesidades específicas de salud y que de los encuestados de refirieron haber pospuesto la atención de salud, cuando estaban enfermos o heridos, el 28% fue por discriminación y 48% por incapacidad para financiar al atención (Grant, y otros, 2011).

Respecto del acceso a la atención primaria en salud, un estudio cualitativo que incluyó usuarios Transgénero de una clínica de medicina familiar (n=22), cuyo objetivo era identificar cómo los centros de atención primaria podrían mejorar la calidad de atención a las personas Transgénero. Se concluye que brindar una atención sanitaria sensible y competente a este grupo implicaría permitir la autoidentificación de las personas respecto de su identidad de género y abordar todas las dimensiones del individuo, no sólo la condición Trans. Además, se identifica la importancia de educar y capacitar a todos los funcionarios de los centros de salud primaria (Hinrichs A., 2017).

Respecto de la atención en servicios de urgencia, estudios de metodología cuantitativa han evidenciado que las personas Transgénero tienden a evitar consultar a unidades de urgencia y/o reportan experiencias negativas con el personal de salud. En un estudio cualitativo, realizado entre 2012 a 2014, que usó datos sobre experiencias de personas Transgénero que consultaron a unidades de urgencia en Estados Unidos (n=240), identificó que las experiencias negativas percibidas por los usuarios las relacionaban a una falta de capacitación del personal médico en temáticas Trans. Y que cuando los profesionales recibieron capacitaciones específicas sobre esta población, los participantes informaron experiencias positivas en la atención (Chisolm-Straker M., 2017). Otro estudio cualitativo (n=32), usando metodología de encuesta, que tenía como objetivo identificar áreas sanitarias específicas a mejorar y generar hipótesis comprobables sobre las barreras y desafíos que las personas Transgénero perciben frente a la atención de urgencia. El 43.8% de los encuestados reportó evitar la unidad de emergencia a pesar de necesitar atención de urgencia. Entre los factores identificados, el más significativo que contribuyó a evitar la consulta fue el temor a la discriminación, la duración del tiempo de espera y los antecedentes de experiencias negativas. Se identificó cuatro áreas generales significativas: la estructura del sistema, la competencia de atención, discriminación y traumatización, y evitar la atención de emergencia. Las recomendaciones se centraron en la capacitación del personal y los proveedores en temáticas de identidad de género y salud trans, el manejo de la confidencialidad de la identidad de género y mejoras en el manejo de la información

sobre sexo, género y orientación sexual en los registros médicos electrónicos (Samuels E.A., 2017).

A pesar del reconocimiento y evidencia de los beneficios de las intervenciones hormonales seguras y de la adecuada atención médica general en las personas Transgénero, la falta de acceso constituye la principal barrera (WPATH, 2012). Esta falta de acceso se relaciona principalmente, según reportan los usuarios/as Transgénero, con la falta de proveedores con experiencia en medicina transgénero. Contenidos relacionados a la salud Transgénero no está incluido en los planes de estudio en la formación de profesionales de la salud, lo que determina que muy pocos profesionales tengan el conocimiento y el nivel de comodidad necesarios para responder a las demandas de este grupo (Safera J.D., 2016).

Otras barreras referidas por las personas Transgénero incluyen: barreras financieras (falta de seguro sanitario, falta de ingresos), discriminación, falta de competencia cultural por parte de los proveedores de salud, barreras del sistema de salud (registros clínicos inapropiados, formularios, referencias de laboratorio, instalaciones clínicas) y barreras socioeconómicas (transporte, vivienda, salud mental). Si bien algunas de estas barreras afectan a otros grupos minoritarios, son las personas Transgénero quienes más concentran en número e intensidad (Safera J.D., 2016).

En el contexto chileno, se agregan que, frente a las demandas sanitarias las personas Transgénero se encuentran con un sistema público y privado. Considerando las diferencias de cobertura y acceso entre ambos sistemas, un estudio de “Percepción de los/las transexuales sobre el trato entregado por el sistema de salud chileno privado y público”, indicó que la relación entre transexuales y sistema de salud público de salud es muy deficiente al carecer de oportunidad de acceso, y en el privada era más privilegiada gracias a la relación “cliente-empleado”. Ante eso se distingue una evidente desigualdad de trato y carencia de educación en temáticas Trans en la sociedad, por lo cual se propone cambios en la sociedad para que futuras generaciones puedan vivir su identidad de género como ellos/as deseen (Araya C., 2014).

3.4. LA ACTITUD PROFESIONAL HACIA LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

3.4.1. *Concepto de Actitud profesional*

En la literatura psicológica social podemos encontrar diferentes definiciones al concepto de actitud. Rodrigues la define como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”. El autor planteaba que las actitudes son o pueden ser elementos valiosos para predecir conductas en las personas y son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto. La actitud involucra tres dimensiones: la cognitiva, la afectiva y la conductual (Rodrigues, 2002).

Baron y Byrne describen a las actitudes como asociaciones entre objetos actitudinales (cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones que hacemos de esos objetos. Éstas se van almacenando en la memoria y regulan la conducta (son adquiridas). Pueden ser de tipo favorables, neutras o desfavorables y tener una determinada dirección (positiva, neutral o negativa), la que puede variar en intensidad (débil o fuerte), según el afecto ligado a dicha evaluación (desde la aceptación al rechazo). Son relativamente durables en el tiempo, pero al mismo tiempo, pueden ser factibles de modificarse por influencias externas o por la experiencia. En la medida que las personas aprenden acerca de un objeto actitudinal, sea por interacción con él o por conocimiento de otras fuentes, ellas construyen una representación cognitiva del objeto, la cual incluye información cognitiva (el conocimiento acerca del objeto actitudinal), afectiva (los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal) y conductual asociada con ese objeto. Los individuos vamos construyendo actitudes a partir de múltiples fuentes de información sobre los diferentes objetos actitudinales del mundo social. Vamos juzgando y ponderando cual de esos objetos son más o menos consistentes con la mayor parte de los que sabemos del mundo (lo normativo cultural), de lo que sentimos y experimentamos. La información positiva acerca de un objeto resultará habitualmente en una actitud positiva hacia él, mientras que la presencia de creencias, sentimientos o conductas negativas producirá una actitud negativa

(Baron, 1994). Por lo tanto, si las personas tienen una actitud negativa hacia las personas Transgénero, ya que tales objetos actitudinales se escapan de los sabemos en una cultura heteronormativa, si nos exponemos una persona Transgénero, lo más probable es asociemos al individuo a una percepción de desviación social.

Respecto de la función psicológica que tendrían las actitudes, Sabini plantea que las actitudes son vistas simplemente como evaluaciones de objetos y tendrían tres principales funciones: son elementos centrales en la definición y mantención de los grupos; ayudan a establecer la propia identidad o la concepción de sí mismo; y guían el pensamiento y la conducta de las personas (Sabini, 1992). En este sentido, las actitudes tendrían un rol instrumental o utilitario, ya que contribuirían al logro de metas u objetivos y a evitar situaciones de riesgo. Una actitud negativa frente a las drogas de abuso, que surge del conocimiento del riesgo a la salud de las mismas, contribuiría a una conducta de rechazo frente al consumo o a grupos sociales vinculados a él. En una actitud negativa el prejuicio puede darse en diferentes niveles en que las creencias y afectos del individuo con el objeto de actitud surgen de un proceso individual, puede surgir de un proceso grupal cuando se comparte entre varias personas y ser ejercido hacia otro grupo social, pero también un proceso social, donde existen códigos sociales y leyes dentro de una sociedad en que estas actitudes son sancionadas (Morales, 2007).

No obstante, es importante comprender que las actitudes también cumplen una función en la identificación y expresión de valores. La elaboración de ciertas actitudes permite el desarrollo de predisposiciones de aceptación y sentido de pertenencia a grupos sociales, los que a su vez permite el desarrollo de una identidad en ciertas creencias y valores sociales. Estos valores se expresan en las conductas, de aceptación o rechazo, y actúan como reguladores sociales. La exposición directa con objetos sociales, la frecuencia y calidad con que lo hacemos, forma parte del proceso de construcción actitudinal. Los afectos, los sentimientos y consecuencias de dicha exposición también forman parte de él. De este modo, las actitudes formadas mediante este proceso son más intensas, confiables y resistentes al cambio (Baron, 1994).

Para la medición de las actitudes en las personas se pueden utilizar metodologías directas e indirectas. Los procedimientos directos se basan en preguntar de manera directa y explícita las creencias que poseen las personas en relación a un determinado objeto de actitud, algunos de los métodos destacados son: el diferencial semántico y la escala de Likert. Los procedimientos indirectos obtienen conocimientos del objeto de actitud sin preguntar explícitamente, por medio del uso de test como el de apercepción temática, estos también son conocidos como medidas no reactivas o no intrusivas. La medición de las actitudes mediante el diferencial semántico, se basa en que los evaluados le otorgan un valor al objeto de actitud utilizando adjetivos opuestos entre sí y donde cada adjetivo tendrá una puntuación proporcionalmente opuesta. Por otro lado, la escala de Likert consiste en una serie de afirmaciones en las cuales la persona deberá expresar su grado de acuerdo o desacuerdo y la apreciación de actitud se obtiene a través del cálculo de la media de las puntuaciones entregadas en cada ítem (Morales, 2007).

Las medidas no reactivas o no intrusivas buscan una nueva opción ante las limitaciones de los procedimientos directos. Dentro de estos procedimientos destaca el TAT o Test de Apercepción Temática, cuyo propósito principal se basa en la interpretación de un conjunto de estímulos ambiguos. Al presentarse un estímulo ambiguo las personas utilizarán sus propios significados y actitudes para darle sentido, por lo tanto de esta manera se pudiese conocer las actitudes respecto al objeto a través de las interpretaciones subjetivas. La principal desventaja que surge de la medición de actitudes es la falta de fiabilidad y validez de estos métodos (Morales, 2007).

3.4.2. Actitud de los profesionales de salud hacia la población Transgénero

Se ha revisado la evidencia respecto de que las personas pertenecientes a minorías sexuales, más aún las personas Transgénero, frecuentemente perciben en la atención de salud actitudes de discriminación por parte de sus proveedores de salud y de cómo éstas impactan en la salud de las personas. Estas actitudes negativas se han demostrado como prevalentes y medibles en la población general, como muchos estudios lo han evidenciado. Sin embargo, son poco los estudios que específicamente han investigado las actitudes y las

predisposiciones en profesionales o funcionarios/as de la salud. La mayoría de los estudios publicados se han realizado en proveedores de países como Estados Unidos y Europa.

Por otro lado, si consideramos la variable de conocimiento del personal de salud en la formación de actitudes nos encontraremos que, en las mallas curriculares de la formación de los profesionales de salud, éstos reciben nula o mínima capacitación respecto de la atención competente a usuarios/as Transgénero o géneros diversos, más aún respecto de sus necesidades específicas y pertinencias socioculturales. Entre las barreras de acceso sanitario que enfrentan esta población, la falta de conocimiento adecuado del personal de salud es un factor que contribuye sustancialmente. En los estudios revisados, se ha descrito la percepción que tiene los pacientes Transgénero de necesitar educar al prestador de salud en el momento de la atención sobre sus necesidades.

Como un estándar de cuidado para realizar una transición corporal segura las guías clínicas internacionales recomiendan el acceso a prestaciones sanitarias especializadas de psiquiatría y salud mental, de endocrinología, de ginecología y urología, entre otras. Estas recomendaciones exigen a los prestadores contar con un entrenamiento especializado en temas relacionados a la identidad de género. Esto ha contribuido al desarrollo de centros especializados para la atención de salud y el acceso a esta población. Este acceso ha dado mayor garantía en la atención especializada y ha sido apoyado por organizaciones sociales de minorías sexuales. Esta concentración del conocimiento técnico en dichos centros, si bien ha permitido la mayor difusión a través de publicaciones científicas y capacitación profesional, no se ha asociado a una mayor exposición del resto de la comunidad sanitaria a la atención de personas Transgénero y por tal, haría menos factible un cambio actitudinal fuera de estos centros.

En un estudio representativo de endocrinólogos en los Estados Unidos cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, las predisposiciones al acceso y las competencias profesionales en la atención de salud Transgénero se aplicó una encuesta anónima a 80 asistentes a una conferencia. Se incluyó endocrinólogos adultos y pediátricos, residentes de endocrinología, enfermeras y técnicos médicos. El 63% de los encuestados se mostraban

dispuestos a brindar atención a personas Transgénero, pero la mayoría dijo no tener pacientes Transgénero en la actualidad. El 50% de los proveedores conocían las Guías Clínicas de la Sociedad de Endocrinología, siendo el 70% de ellos menores de 40 años. Sin embargo, solo el 20% refirieron sentirse "muy" cómodos de hablar sobre la identidad de género y/o orientación sexual y el 41% describieron sentirse "algo" o "muy" competente para proveer atención a personas Transgénero. Sin embargo, muchos prestadores han tenido pocas oportunidades de atender pacientes Transgénero y consideran tener escasas competencias para ello (Irwig M.S., 2016).

Otro estudio en que se realizó una encuesta transversal a endocrinólogos en Estados Unidos con el objetivo de evaluar el conocimiento y predisposiciones a la atención de salud Transgénero. Utilizando una encuesta anónima por correo electrónico, se envió a nueve departamentos de ginecología en las que se indagó respecto de la experiencia de los proveedores, el conocimiento recibido y su actitud frente al cuidado de salud de esta población. De los 141 encuestados, el 61.7% eran ginecólogos generales y el 86% pertenecían a una institución académica. El 80% refirió no haber recibido capacitación durante su residencia en el cuidado de pacientes transgénero y durante su práctica profesional ninguno logró desarrollar habilidades sobre la atención transgénero. Sólo el 35.3% y el 29% refirieron sentirse cómodos atendiendo pacientes Trans femeninas y Trans masculinos respectivamente; y el 88.7% y 80.4% estaban dispuestos a realizar una prueba de Papanicolaou en pacientes Trans masculinos y examen mamario de rutina a pacientes Trans femeninos respectivamente. El 59.4% refirió desconocer las recomendaciones para la detección de cáncer de mama en pacientes Trans femeninos. El estudio concluye que se deben hacer esfuerzos en la capacitación de residentes y estudiantes de medicina sobre los aspectos relevantes de la atención de salud transgénero y hacer mayor difusión respecto de guías clínicas integrales para proveedores. (Unger C.A., 2015).

Usando la escala de Género y Transfobia (GTS), que mide los sentimientos, pensamientos y comportamientos anti-transgénero, se estudio las actitudes que médicos psiquiatras tenían hacia las personas Transgénero. Se realizó una encuesta online transversal a 142 miembros (médicos y residentes) del Departamento de Psiquiatría de la

Universidad de Manitoba (Canadá). El resultado del estudio evidenció que en la mayoría de los encuestados existe una predisposición hacia actitudes menos negativas a las personas transgénero en comparación con otros datos publicados, utilizando el mismo instrumento, de una muestra de estudiantes universitarios. Este estudio sugirió que los puntajes obtenidos pueden estar relacionados con el conocimiento sobre la identidad de género, la ideología política, la religiosidad y los niveles de contacto profesional y personal con personas Trans (Ali N., 2015).

Respecto de las percepciones de personal sanitario a la atención de salud Transgénero en otros ámbitos, diferente al nivel especialidad, un estudio que tuvo como objetivo examinar las actitudes y el nivel de conocimiento sobre la salud de pacientes LGBT en 45 proveedores de Atención Primaria en Salud en Estados Unidos provenientes de cuatro centros ambulatorios. Los resultados del estudio sugieren que los prestadores de atención primaria necesitan capacitación adicional en temáticas relacionadas con la salud de personas LGBT. Un aspecto relevante, es que tanto los prestadores masculinos como femeninos mostraron interés a adquirir mayor conocimiento en el tema, fueron las mujeres quienes expresaron un mayor deseo de capacitación que sus pares masculinos. Sin embargo, el sesgo del tamaño muestral no permite llegar a una sólida conclusión sobre las diferencias de género, pero los investigadores plantean que la educación es un factor que influye positivamente en las actitudes y sentimientos hacia la atención de personas LGBT. Consideraron a la educación como un factor esencial en la evaluación de la calidad de atención, dado el impacto en los resultados en el paciente y frente a las disparidades de acceso a la salud que sufren las poblaciones LGBT (Rowe D., 2017). Otro estudio en Atención Primaria en Salud en que compararon la competencia cultural de 127 proveedores en EEUU utilizando una encuesta que evaluó las actitudes, prácticas y conocimientos. El 78.0% de los encuestados estuvo de acuerdo en que se sentían cómodos atendiendo pacientes LGBT. Sin embargo, la mayoría de los encuestados refirieron no sentirse bien informados respecto de las necesidades específicas de salud LGBT (70.1%), sobre el manejo clínico de la atención LGBT (74.8%), ni sobre la derivación de pacientes con problemas LGBT (78.7%). Al igual que el primer estudio, se revela la falta de competencia

cultural y necesidad de mejorar el nivel de conocimiento con objeto de mejorar el grado a comodidad y competencia de los proveedores (Nowaskie D.Z., 2018).

En una encuesta realizada a 308 médicos de atención primaria en salud de EEUU, la mayoría de los encuestados se mostraban dispuestos a brindar atención a pacientes transgénero (85.7%) y realizar pruebas de Papanicolaou (78.6%) a hombres Trans. Sin embargo, la disposición a brindar atención iba disminuyó conforme aumentaba la edad del prestador; la disposición a realizar la prueba de Papanicolaou fue mayor en médicos de familia, en aquellos que habían conocido a una persona Transgénero y en aquellos con baja niveles de Transfobia. Este estudio planteó que la educación médica debe abordar tanto los factores profesionales como personales que se relacionan con el cuidado de la población Transgénero con objetivo de aumentar el acceso (Shires D.A., 2018).

En el caso de la atención de salud de adolescentes Transgénero, un estudio cualitativo que tenía como objetivo examinar las experiencias y actitudes, mediante una entrevista semiestructurada, de proveedores de salud (enfermeras/os y médicos) sobre su práctica profesional con adolescentes Trans evidenció que se requería mayor capacitación en los profesionales en todos los ámbitos estudiados. Las necesidades específicas de capacitación se identificaron en los cinco ámbitos estudiados: sobre diversidad de género, manejo de la incomodidad con temas relacionados con el género, razones para no preguntar sobre género a los usuarios/as, habilidades para hablar sobre género con pacientes y la necesidad de recursos (Rider G.N., 2018).

Finalmente, respecto de la actitud de médicos residentes hacia la atención de salud de personas Transgénero. Un estudio de buscó comparar las percepciones sobre la formación y la capacitación en salud Transgénero en los programas de medicina familiar, psiquiatría, endocrinología y urología en la Universidad de Toronto. Se realizó una encuesta a 319 residentes con objetivo de evaluar sus percepciones y actitudes hacia la salud Transgénero, la exposición a pacientes Trans, el nivel de conocimiento y como evaluaban el estado en que se abordaban esas temáticas en su formación profesional. La mayoría de los residentes de endocrinología y psiquiatría se mostraron de acuerdo en que

atender personas Trans se encuentra dentro de su práctica, mientras que solo el 71% y el 50% de los residentes de medicina familiar y urología lo hicieron, respectivamente. Solo un 17% de todos los encuestados refirió sentirse competente para proporcionar atención a personas Transgénero al finalizar su residencia y solo el 12% consideró que su nivel de capacitación era el adecuado. Si bien este estudio reveló que existe una predisposición positiva hacia esta población, se identificó una escasa exposición clínica y formación específica en las mallas curriculares de postgrado. Lo último, podría contribuir a un sentimiento de falta de preparación para la satisfacción de las necesidades sanitarias específicas de la población Trans (Coutin A., 2018).

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. Objetivo General

Describir los conocimientos generales y las actitudes de los funcionarios(as) de salud del Hospital base San José de Osorno sobre la atención de salud de personas Transgénero.

4.1.2. Objetivos específicos

Describir el conocimiento general que tienen los(as) funcionarios(as) del Hospital base de Osorno respecto de los problemas de salud de las personas Transgénero.

Describir las actitudes que tienen los funcionarios(as) del Hospital base de Osorno sobre la atención de salud de las personas Transgénero.

Describir si existe una relación entre la edad, el género, el nivel educacional y estamento con la actitud que tienen los(as) funcionarios(as) hacia la atención de salud de personas Transgénero.

5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Tipo de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, cuantitativo y correlacional. Los datos se obtuvieron a través de la auto aplicación del formulario de la Encuesta sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) para Servicios de Salud del Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (Fournier, 2013) previa autorización de los autores del instrumento para su adaptación y aplicación en el presente estudio.

La encuesta fue adaptada y validada a través de consulta a expertos con experiencia en la investigación en el área temática. Los profesionales consultados fueron Srta. Claudia Villalobos Morales, enfermera – matrona y profesor asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile, Sr. Miguel Flores Cárdenas, psicólogo y académico del Instituto de Salud Pública de la Universidad Austral de Chile, y Sr. Franco Fuica, licenciado en educación y coordinador de legislación y política pública de Organizando Trans Diversidades (OTD) Chile.

El formulario está compuesto de cuatro partes. En la primera parte se solicita mediante el uso de preguntas de alternativas y respuesta breve antecedentes sociodemográficos generales (tipo de establecimiento de salud en que trabaja, nivel educacional, estamento profesional, género y su edad). En la segunda parte, mediante pregunta de selección múltiple y respuesta breve se le solicitó al encuestado que indique cuáles son los principales problemas de salud que aquejan a las personas Transgénero. A continuación, se le solicitó al encuestado que indique si está “en desacuerdo”, “indeciso/a” o “de acuerdo” para cada afirmación de un listado de veintidós enunciados. En la cuarta parte, mediante seis preguntas de selección múltiple (de tres alternativas) se solicitó la opinión respecto de los riesgos para salud del personal, grado de comodidad, los sentimientos que experimentaría, la conducta más probable, la obligatoriedad de reportar la identidad de género en la atención de personas Transgénero. En la pregunta de alternativas

relacionada con la obligatoriedad de reportar la identidad de género se solicitó responder en forma breve los motivos que el encuestado considere para la develación o no. Finalmente, se realizaron tres preguntas de alternativas en relación a si en el último año recibieron capacitación sobre temas de prevención VIH-SIDA/ITS, temas sobre la población Transgénero y sobre su actividad sexual.

La encuesta se realizó en formato *on line* y se distribuyó por correo electrónico utilizando la plataforma *Google Form*. La encuesta resguardó la confidencialidad de los datos personales al ser completamente anónima y no se solicitó ningún dato que permita la identificación de la persona encuestada.

5.2. Población en estudio:

Se obtuvo una muestra no probabilística accidental luego de enviar el cuestionario a todos los correos electrónicos institucionales y no institucionales de funcionarios/as entregados por la unidad de recursos humanos del hospital y los obtenidos mediante visitas reiteradas a los diferentes sectores atención directa de pacientes, tanto ambulatorios como hospitalarios. Quedaron fuera del estudio aquellos funcionarios que no contaban con correo.

La caracterización del universo de funcionarios del hospital base de Osorno (1.751 personas) por estamento incluye (información entregada por unidad de recursos humanos): 416 profesionales no médicos, 658 técnicos, 191 administrativos, 247 auxiliares, 196 médicos, 34 odontólogos y 9 químicos farmacéuticos. Del universo de funcionarios 1208 correspondieron a mujeres (69%) y 543 a hombres (31%).

5.3. Desarrollo de la Investigación:

Previo al inicio de la recolección de datos se realizó reunión con los encargados de cada uno de los 21 centros de responsabilidad del Hospital con el objetivo de informar

respecto de la investigación y solicitar cooperación en la difusión e información respecto a los correos electrónicos de los funcionarios de cada servicio.

Durante el segundo trimestre del 2018 se envió a los funcionarios, a través de correo electrónico, información general respecto del estudio, sus objetivos y se les solicitó su participación voluntaria en la investigación. Se adjuntó el link para acceder al instrumento el cual contempla un consentimiento informado previo a responder el formulario.

Se recopilaron respuestas entre el tercer trimestre del 2018 y primer trimestre de 2019 plazo dentro del cual se reiteró la invitación a participar en varias oportunidades.

5.4. Análisis de los Datos:

El análisis de la información realizado consiste en un análisis estadístico univariado y bivariado. En este se analizó las distribuciones de frecuencia para cada una de las preguntas del cuestionario. En un segundo momento, se buscaron relaciones entre las características sociodemográficas y de las condiciones generales ligadas a la atención de pacientes por parte de los funcionarios(as). Esto pretendiendo determinar asociaciones relevantes entre las variables consideradas en el estudio. Para el análisis estadístico se utilizó el Programa SPSS 20 y para la generación de gráficos se utilizó el programa Excel. La presentación de los resultados obtenidos se condice con la estructura del cuestionario y confeccionado en virtud de los objetivos de la presente investigación. El cuestionario enviado a las y los funcionarios del Hospital base de Osorno con participación directa en la atención de usuarios y usuarias fue contestado por un total de 204 personas.

5.5. Aspectos éticos:

Previo a la realización de la investigación se solicitó la autorización para llevarla a cabo al Comité de Ética Científico del Centro de Bioética de la Universidad del Desarrollo y al Director del Hospital base de Osorno siendo aprobada por ambas instancias

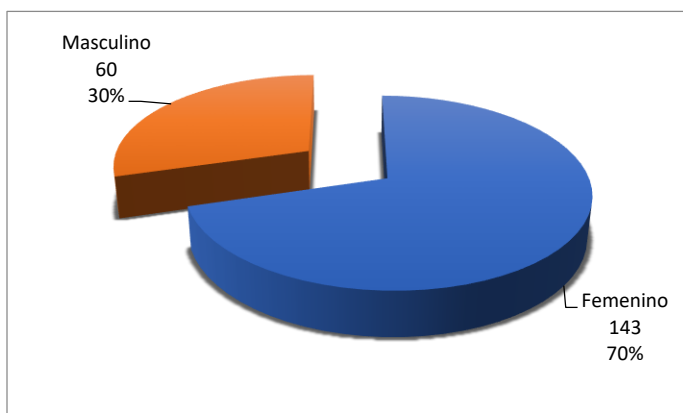
6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Caracterización de la muestra

Se obtuvo 204 respuestas del total de 1751 funcionarios invitados a participar. El 70% de las respuestas (143) fueron de mujeres y el 30% de hombres (60). Se observa que la distribución según sexo presenta una mayoritaria participación de mujeres que alcanza un 70% concentrando un total de 143 casos. Por su parte, de los hombres se obtuvieron 60 respuestas que representan el 30% del total de casos¹.

Respecto de las edades de las personas que respondieron el cuestionario, se observa que la edad mínima señalada corresponde a los 22 años, mientras que la edad máxima señalada son los 68 años. El promedio de edad son los 39 años, la mediana se presenta a los 36 años y existen dos modas que se observan en los 28 y 29 años. La distribución de la muestra por rangos de edad se observa en el gráfico N° 2. Se observa que, entre los 25 y los 34 años de edad se concentra un 39,2% de los casos, seguido por el rango de 35 a 49 años que concentra un 34,8% de los casos.

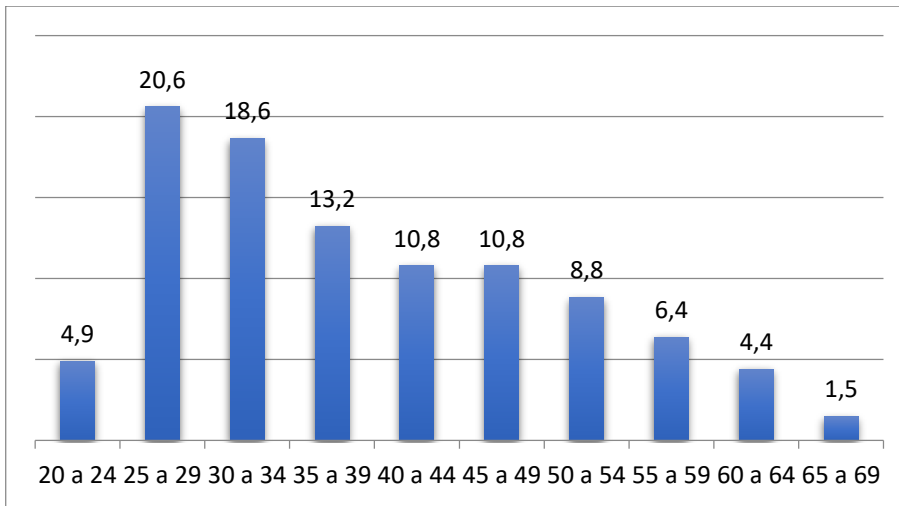
Gráfico 1. Distribución de la muestra según género



Fuente: Elaboración propia. N=203

¹ El porcentaje fue calculado sobre el total de respuestas en este ítem, correspondiente a 203, ya que una persona no identificó su género.

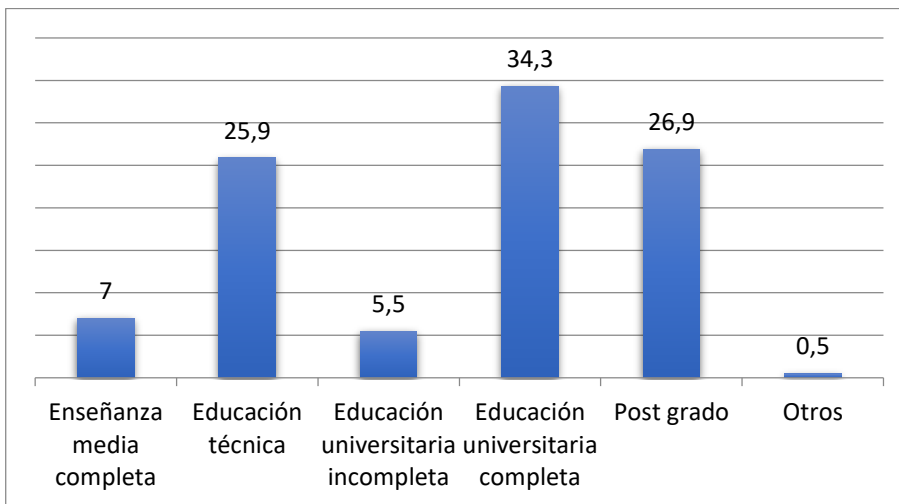
Gráfico 2. Edades agrupadas en quinquenios (%)



Fuente: Elaboración propia. N=204

La distribución según nivel educacional muestra un 34,3% con educación universitaria completa, seguido por aquellas personas con postgrado que agrupan el 26,9%, concentrando entre ambos niveles educacionales un 61,2% de los casos.

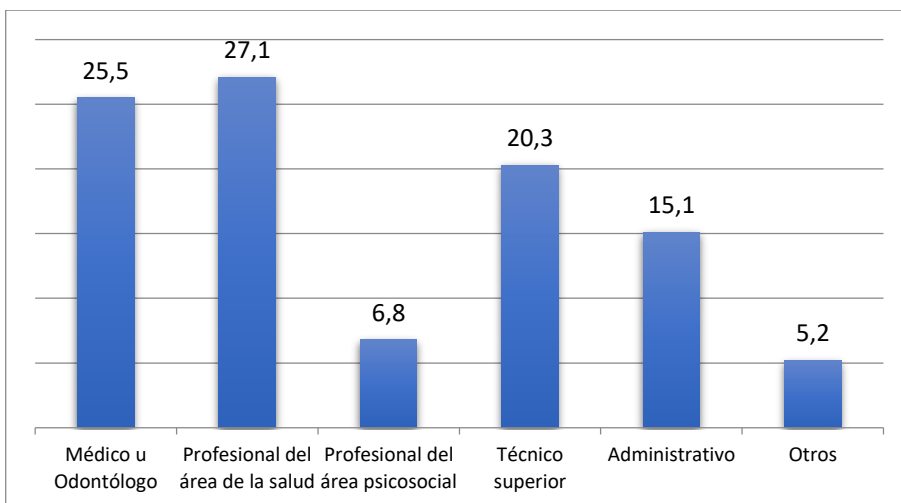
Gráfico 3. Nivel educacional (%)



Fuente: Elaboración propia. N=201

En cuanto al estamento profesional, se observa que la mayoría pertenece al estamento de profesionales del área de la salud, con un 27,1% de los casos, seguido por quienes pertenecen al estamento médico u odontológico, con un 25,5% de los casos.

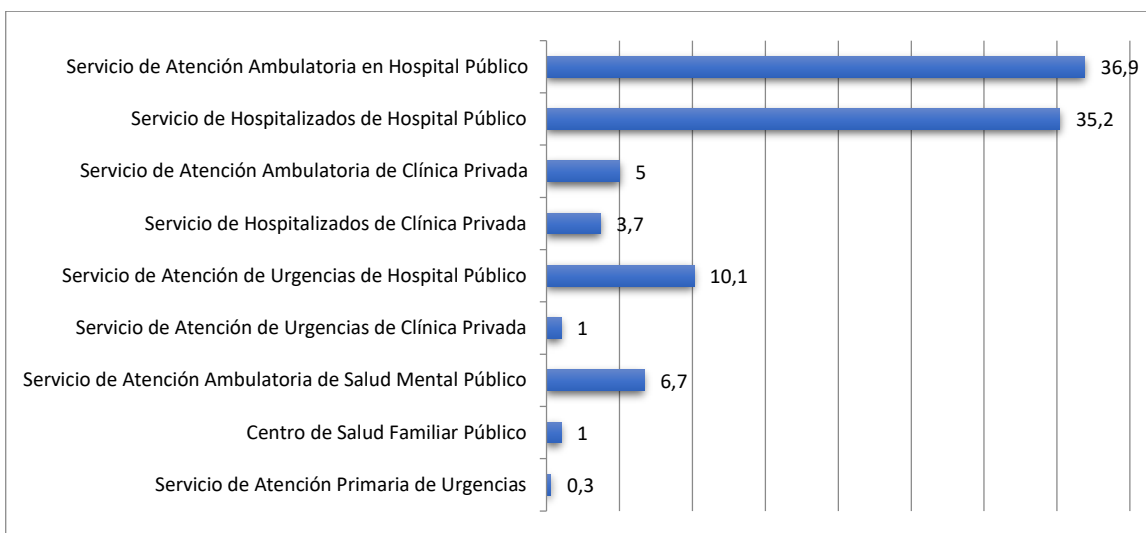
Gráfico 4. Estamento profesional (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 192

Finalmente, respecto de los tipos de establecimiento de salud en el que trabaja, además del hospital público, se observa que el 89,9% del total de las respuestas refieren trabajar exclusivamente en establecimientos de carácter público, siendo el Servicio de Atención Ambulatoria la que presenta la mayor cantidad de respuestas con un 36,9%.

Gráfico 5. Establecimiento de salud en el que trabaja (%)



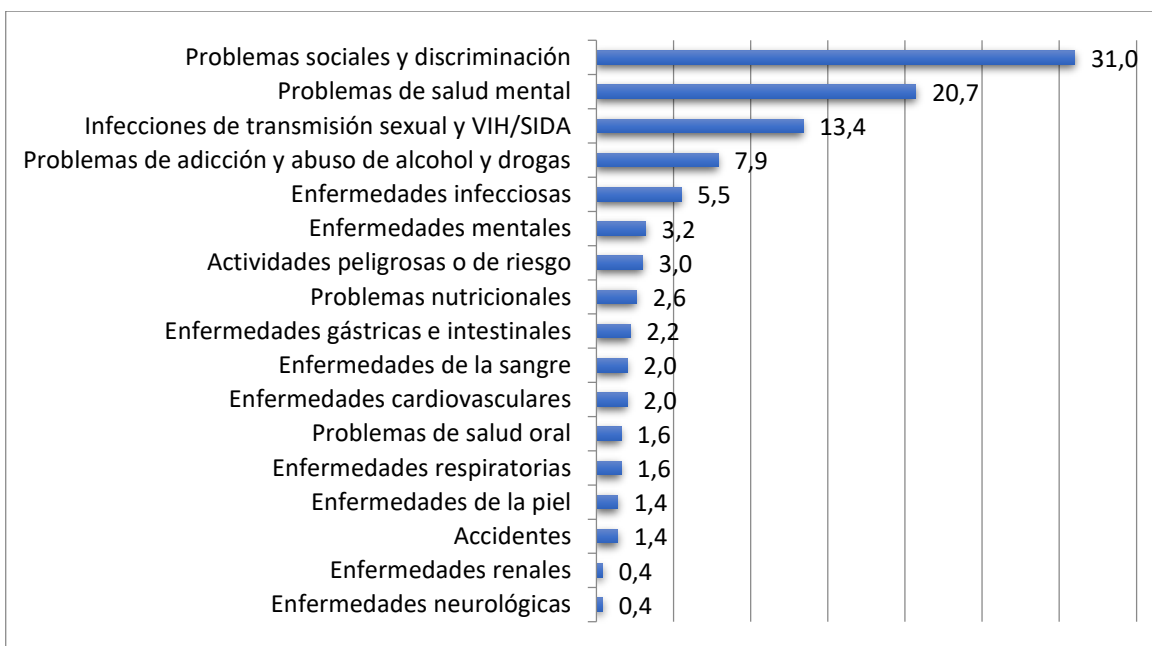
Fuente: Elaboración propia. N= 204; Total de respuestas=298²

² El cálculo de porcentaje se realizó en función del total de respuestas, debido a que las personas podían elegir más de una alternativa.

6.2. Conocimiento general sobre personas Transgénero

A continuación se presentan los resultados obtenidos respecto del conocimiento general que tienen las y los funcionarios del Hospital base de Osorno sobre las personas Transgénero (Ver Gráfico N°6).

Gráfico N°6. Percepción sobre principales problemas de salud que aquejan a las personas Transgénero (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 204; Total de respuestas=507³

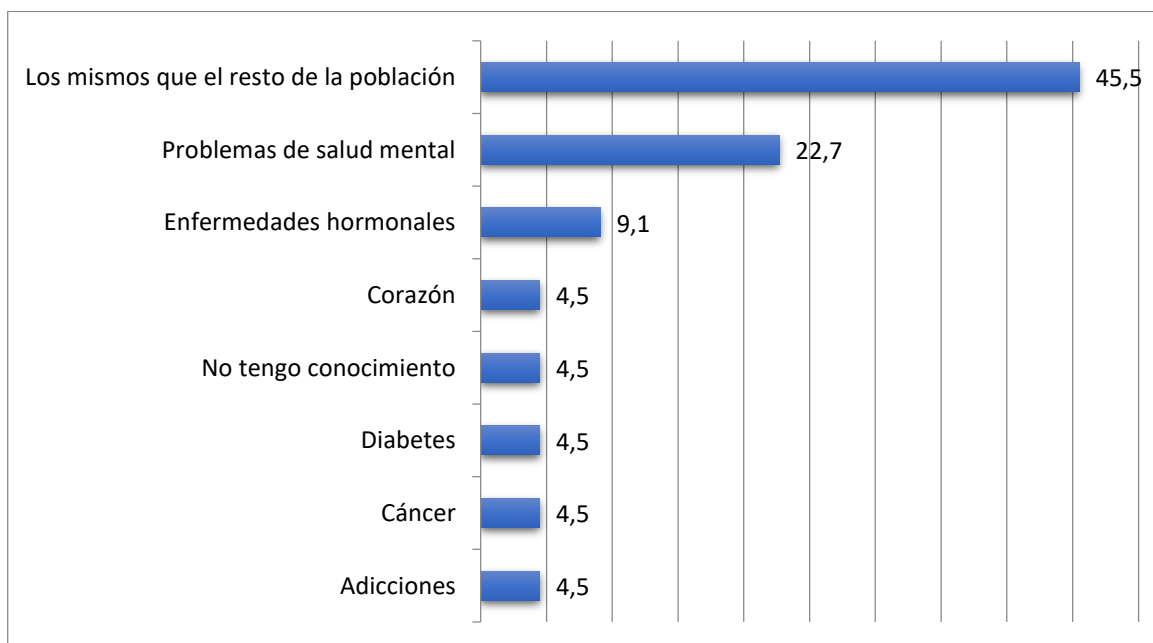
Sobre los principales problemas de salud que aquejan a las personas Transgénero, las y los funcionarios, identifican que los problemas que derivan de la vulnerabilidad social y discriminación son aquellos que más afectan a las personas Transgénero con un 31%, seguido por los problemas de salud mental (no necesariamente un trastorno psiquiátrico) con un 20,7% de las respuestas. La tercera mayoría de respuestas concentra un 13,4% y corresponde a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, seguido por un 5,5% de las enfermedades infecciosas. En el extremo inferior, correspondiente a aquellas

³ El cálculo de porcentaje se realizó en función del total de respuestas, debido a que las personas podían elegir más de una alternativa.

alternativas que se observan como las menos frecuentes en las personas Transgénero, se encuentran las enfermedades renales y las enfermedades neurológicas, con un 0,4%.

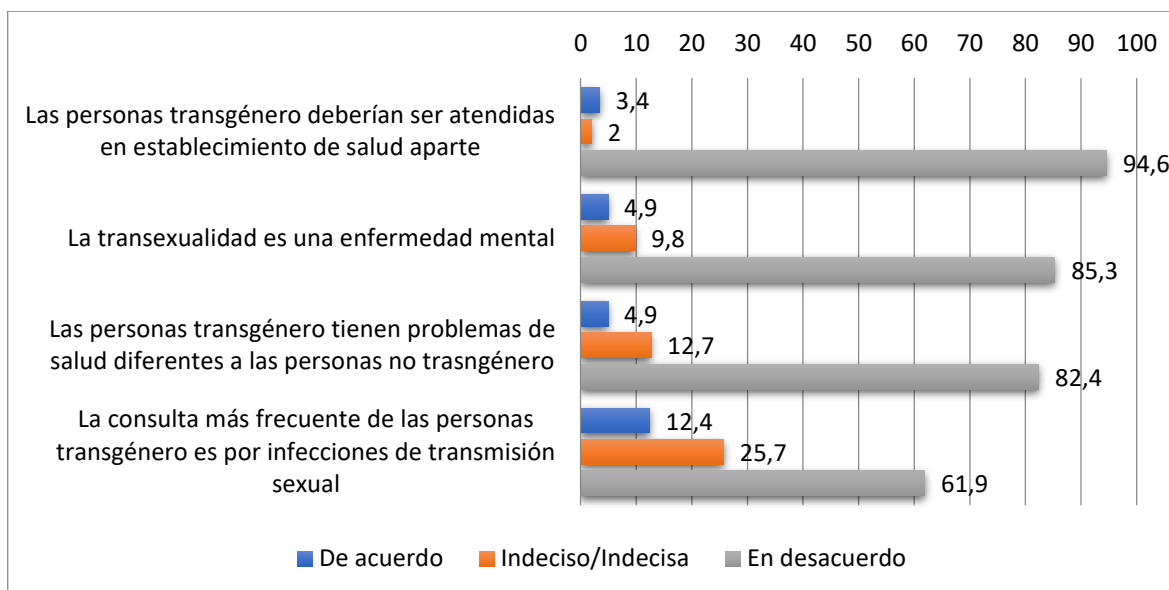
En cuanto a la consulta referida a qué otros problemas de salud que aquejan a las personas Transgénero (Ver Gráfico N° 7), se observa que casi la mitad de quienes contestaron esta pregunta (N=22), señalan que no existe diferencia entre los problemas de salud entre una persona Transgénero y una que no lo es, concentrando un 45,5% de la respuestas. Le sigue, aquellas opiniones que señalan, con 22,7% de las respuestas, que los problemas de salud mental se observan con mayor frecuencia en las persona Transgénero; con la tercera concentración de las respuestas, se encuentran las enfermedades hormonales con un 9,1% de las respuestas. Finalmente, las enfermedades al corazón, la diabetes, el cáncer y las adicciones aparecen como problemas de salud que se dan con más frecuencia en las personas Transgénero con un 4,5%, mismo porcentaje que señala no tener conocimiento respecto de los problemas de salud que pueden aquejar a las personas Transgénero.

Gráfico 7. Mención espontanea principales problemas de salud que aquejan a las personas Transgénero (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 22.

Gráfico N° 8. Grado de conocimiento sobre personas Transgénero (%)



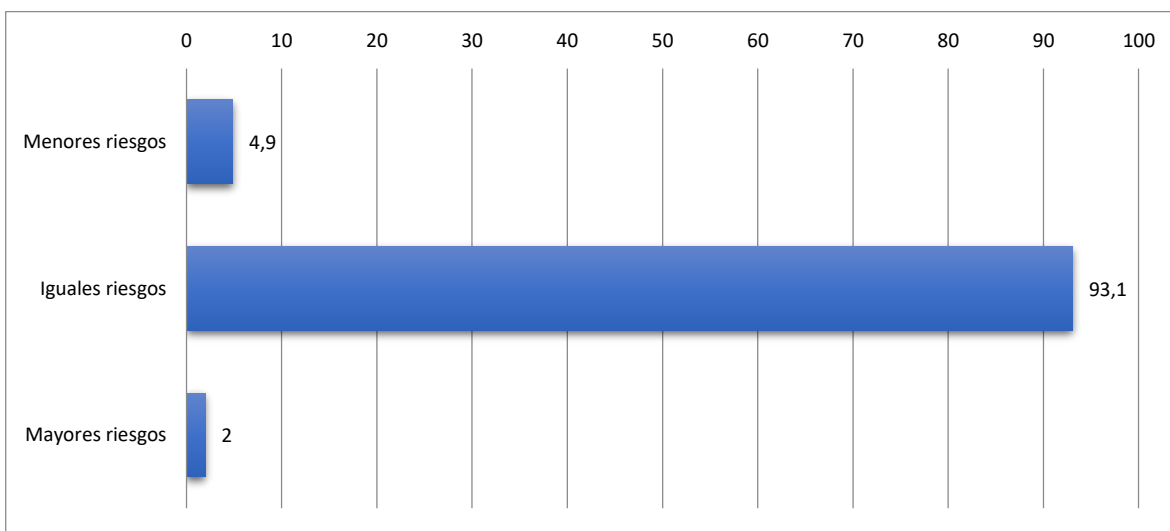
Fuente: Elaboración propia. N= 204. Respecto de “La consulta más frecuente de las personas Transgénero es por infecciones de transmisión sexual” el N=202.

Finalmente, se evaluaron aspectos sobre el conocimiento que las y los trabajadores del Hospital base de Osorno tienen sobre las personas Transgénero, a través de cuatro enunciados, presentados como afirmaciones, respecto de los cuales un mayor nivel de desacuerdo implica un mayor nivel de conocimiento (Ver Gráfico N° 8). En este sentido, se observa que el enunciado referido a que las personas Transgénero debiesen ser atendidas en establecimientos de salud aparte es aquel que presenta mayor nivel de desacuerdo, alcanzando un 94,6% de rechazo, con un 3,4 % de acuerdo y un 2% de indecisión. Le sigue a esta afirmación, el enunciado que refiere a si la transexualidad es una enfermedad mental, que alcanza un 85,3% de rechazo y un 4,9% de quienes consideran que sí lo es, mientras que un 9,8% presenta indecisión sobre la afirmación. De igual modo, con un 82,4% de desaprobación aparece la afirmación que señala que las personas trans tienen problemas de salud diferentes al resto de la población, mientras que un 4,9% manifiesta estar a favor de la proposición y un 12,7% señala estar indecisa. Por último, la afirmación que menos rechazo genera en las y los trabajadores del Hospital base de Osorno, es aquella referida a que la consulta más frecuente de las personas Transgénero es acerca de infecciones de transmisión

sexual, con un 61,9% de rechazo, un 12,4% de acuerdo con la afirmación y más de un cuarto de la muestra (25,7%) se presenta indecisa sobre dicha afirmación.

En cuanto al nivel de riesgos que presentan las personas Transgénero para la salud del personal del establecimiento que las atienden (Ver Gráfico N° 9), se observa que la amplia mayoría con un 93,1% correspondiente a 190 casos, considera que implican los mismos riesgos que atender a una persona no trans. No obstante lo anterior, se observa que un 4,9%, correspondiente a 10 casos, señala que los riesgos son menores, mientras que un 2%, equivalente a 4 casos, indica que los riesgos son mayores.

Gráfico N° 9. Percepción de los riesgos en la atención de personas Transgénero (%)



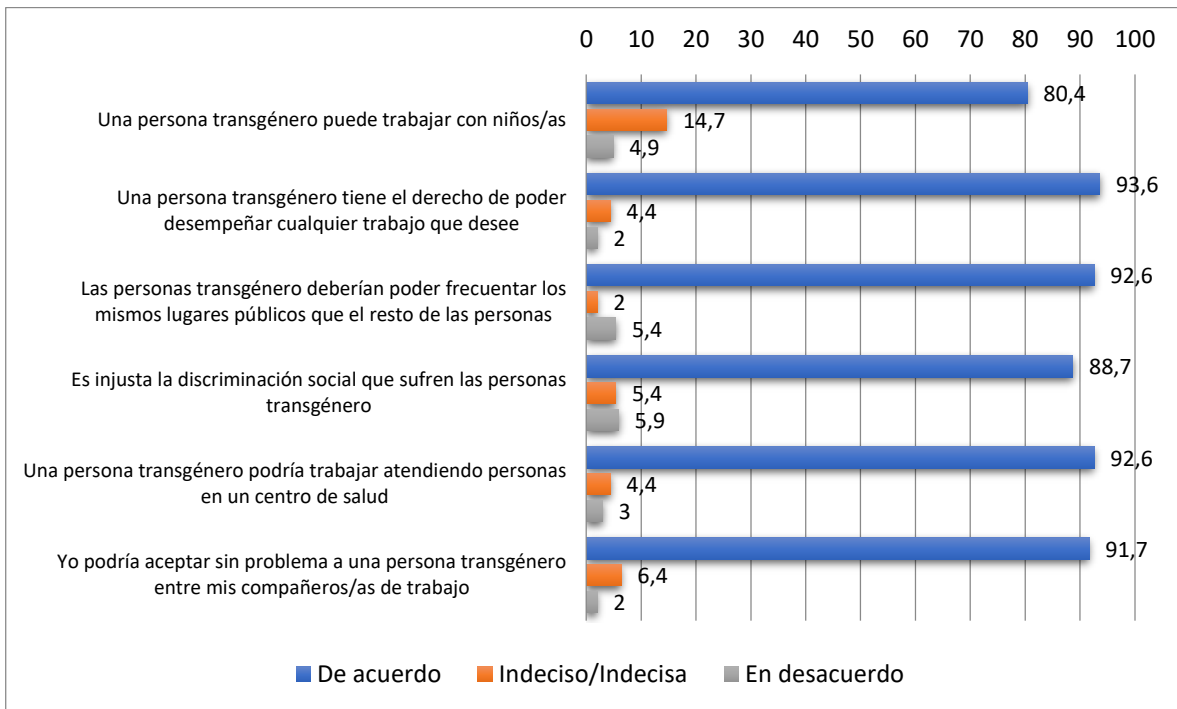
Fuente: Elaboración propia. N= 204.

6.3. Actitud hacia las personas Transgénero

En el siguiente apartado se presentan los resultados respecto de la actitud de las y los trabajadores del Hospital base de Osorno hacia las personas Transgénero.

En primer lugar se presenta la evaluación respecto del nivel de acuerdo frente a afirmaciones que implican una actitud positiva hacia las personas Transgénero, de manera que mayor nivel de acuerdo con la sentencia, implica una actitud más positiva. En segundo lugar, se presentan los resultados referidos a la evaluación de aquellas afirmaciones que implican una actitud negativa hacia las personas Transgénero.

Gráfico 10. Opinión sobre actitud positiva hacia las personas Transgénero (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 204⁴

Así, el porcentaje de mayor nivel de desacuerdo se observa respecto de lo injusto que es la discriminación que sufren las personas Transgénero, en donde un 5,9% declara no considerar injusta dicha discriminación, acompañado de un 5,4% de personas que se muestran indecisas frente a su postura sobre esta afirmación. La segunda tasa de mayor rechazo, se observa en la afirmación respecto de que las personas Transgénero pueden frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas, en donde un 5,4% señala no estar de acuerdo con esta afirmación, un 2% señala no tener una postura definida y un 92,6% indica estar de acuerdo con la afirmación. La tercera concentración más alta de rechazo se observa frente a la afirmación sobre si una persona Transgénero puede trabajar con niños o niñas, alcanzando un 4,9% las opiniones que se muestran en desacuerdo con dicha afirmación, que a su vez, es la que presenta el nivel más bajo de acuerdo con 80,4% y

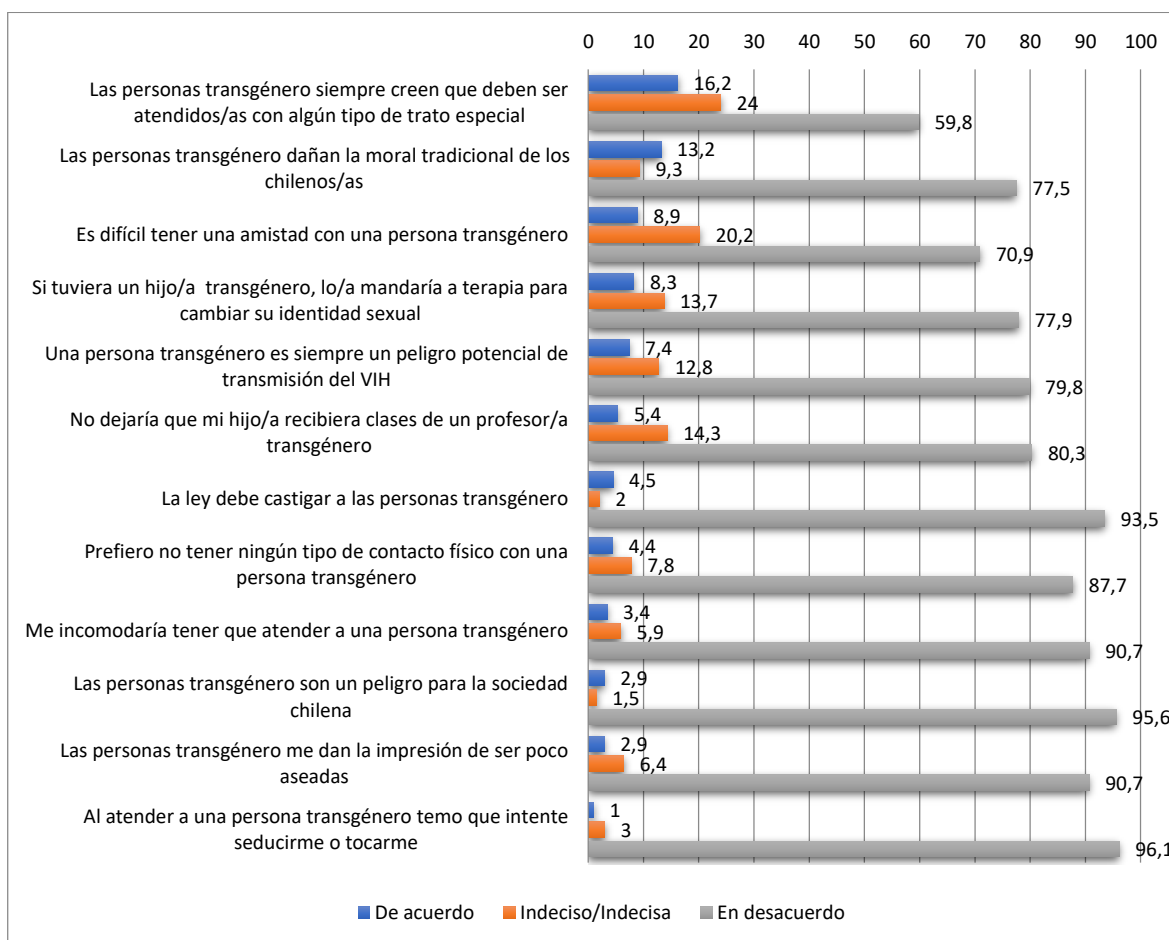
⁴ Para las afirmaciones “Las personas Transgénero deberían poder frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas” y “Una persona Transgénero podría trabajar atendiendo personas en un centro de salud” el N=203

también la que presenta el nivel más alto de indecisión, con un 14,7%. Finalmente, aquellas afirmaciones que presentan el mayor grado de aceptación son las referidas al derecho que tienen las personas Transgénero de desempeñar cualquier trabajo que desee, con un 93,6%, seguido por el que una persona Transgénero pueda trabajar atendiendo personas en un centro de salud, con un 92,6% (mismo porcentaje alcanzando por quienes piensan que las personas Transgénero pueden frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas) y, con un 91,7% de aceptación respecto de si aceptaría sin problemas que una persona Transgénero sea su compañera o compañero de trabajo.

En términos de la consulta efectuada a través de un total de 12 oraciones sobre actitudes negativas hacia las personas Transgénero, dentro de las que una posición de acuerdo implica una actitud negativa y el desacuerdo una actitud positiva, se observa que aquella afirmación que presenta el mayor nivel de acuerdo, es decir, aquella que refleja una actitud negativa frente a las personas Transgénero, es aquella que señala que las personas trans siempre creen que deben ser atendidas o atendidos con algún trato especial, que concentra un 16,2% de acuerdo, un 59,8% de desacuerdo y casi un cuarto de indecisión (24%). Le sigue a esta respuesta, con un 13,2% de acuerdo, la opinión sobre la afirmación que señala que las personas Transgénero dañan la moral tradicional de chilenos y chilenas. En el extremo opuesto, se observa que la afirmación que señala que le da temor atender a una persona Transgénero porque puede intentar seducirle o tocarle es aquella que presenta el nivel de acuerdo más bajo, alcanzando tan solo un 1%, concentrando a su vez el porcentaje más alto de desacuerdo con un 96,1% y solo un 3% de indecisión. Le siguen a esta afirmación, con un 2,9% de acuerdo las sentencias que indican que las personas Transgénero son un peligro para la sociedad chilena y que las personas Transgénero me dan la impresión de ser poco aseadas, respecto de la primera afirmación un 95,6% se manifiesta en desacuerdo, mientras que para la segunda un 90,7% se muestra en desacuerdo, presentando en este caso un 6,4% de indecisión. En cuanto a aquellas oraciones que presentaron mayor nivel de indecisión -después del 24% presentado por la afirmación referida a que las personas trans quieren un trato especial- se observa, con un 20,2% la afirmación referida a que es difícil tener una amistad con una persona Transgénero, que alcanzó un 8,9% de acuerdo con la afirmación y un 70,9% de desacuerdo. A continuación,

con un 14,3% referida a la afirmación sobre que no dejaría que un profesor o profesora Transgénero le hiciera clases a su hijo o hija, con un 5,4% de acuerdo con la afirmación y un 80,3% de desacuerdo. Finalmente, con un 13,7% de indecisión, aparece la afirmación que indica que si tuviera un hijo o hija Transgénero, le mandaría a terapia para cambiar su identidad sexual, con un 8,3% de acuerdo con la afirmación y un 77,9% que se presenta en desacuerdo con esta afirmación.

Gráfico 11. Opinión sobre actitud negativa hacia las personas Transgénero (%)

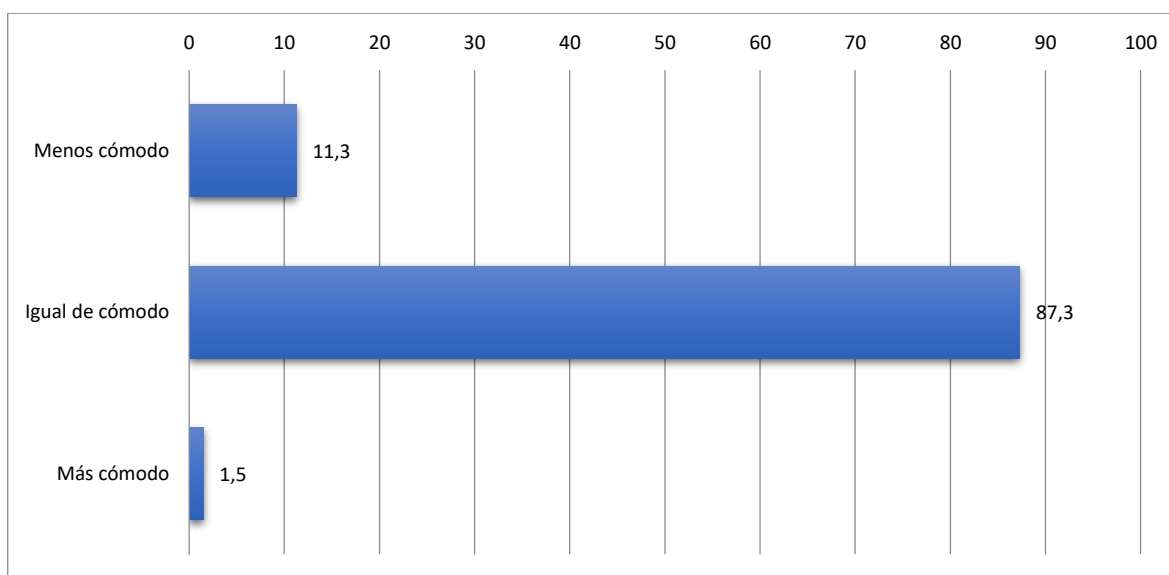


Fuente: Elaboración propia. N= 204⁵

⁵ Para la afirmación “La ley debe castigar a las personas Transgénero” el N=201; “Es difícil tener una amistad con una persona Transgénero”, “Una persona Transgénero es siempre un peligro potencial de transmisión del VIH”, “Al atender a una persona Transgénero temo que intente seducirme o tocarme”, “No dejaría que mi hijo/a recibiera clases de un profesor/a Transgénero” el N=203.

Respecto del nivel de comodidad que sentiría al atender a una persona trans, se observa que la gran mayoría señala que se sentiría igual de cómodo/cómoda que si atendiera a una persona no trans, con un 87,3%, equivalente a 178 casos. Por su parte, más de un 10% de la muestra (11,3%, correspondiente a 23 casos) señalaron que se sentirían menos cómodos/cómodas, al atender a una persona Transgénero. Finalmente, un 1,5% (3 casos), manifestó que se sentiría más cómodo/cómoda atendiendo a una persona trans que a una que no lo sea.

Gráfico 12. Comodidad en la atención de personas Transgénero (%)

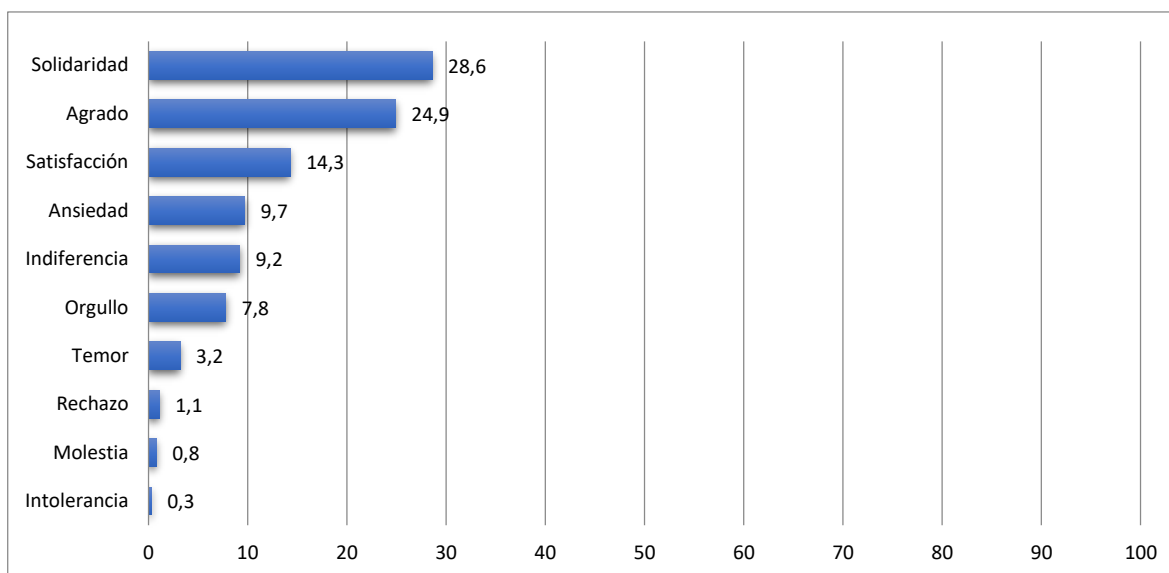


Fuente: Elaboración propia. N= 204

En cuanto a la consulta respecto de los sentimientos que le genera la atención de personas Transgénero, se observa que del listado de sentimientos propuestos, aquel que concentra la mayor cantidad de preferencias es la solidaridad, alcanzando un 28,6% equivalente a 106 menciones. Le sigue, en términos de preferencias el sentimiento de agrado, señalado con un 24,9% correspondiente a 92 elecciones. En tercer lugar, se menciona el sentimiento de satisfacción que concentra un 14,3% de las menciones equivalentes a 53 respuestas. Con un total de 36 respuestas, correspondientes a un 9,7% aparece el sentimiento de ansiedad, similar a la indiferencia que concentra un total de 34 respuestas equivalentes a 9,2%. El orgullo, por su parte, es un sentimiento indicado en un 7,8%, que corresponde a un total de 29 menciones. Finalmente, con porcentajes inferiores a 5%, aparecen los sentimientos de temor, con 3,2% correspondiente a 12 respuestas, el

sentimiento de rechazo con 1,1% equivalente a 4 respuestas, el sentimiento de molestia con un 0,8% que corresponde a un total de 3 menciones y finalmente el sentimiento de intolerancia con un 0,3% que corresponde a solo una mención.

Gráfico 13. Sentimientos que le genera atender a una persona Transgénero (%)



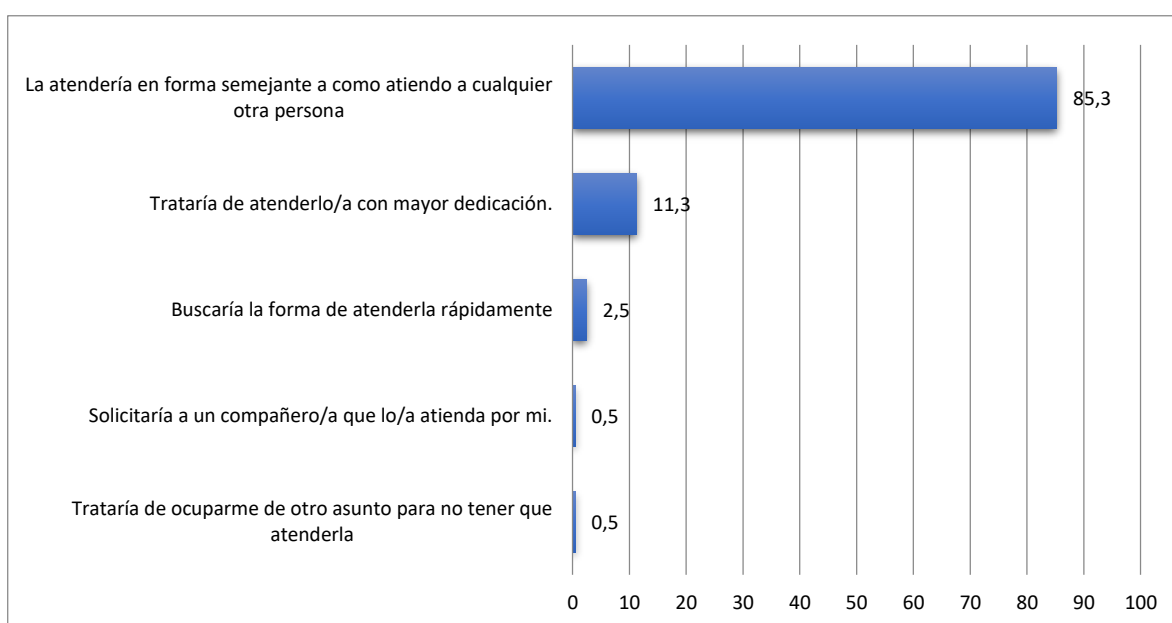
Fuente: Elaboración propia. N=370 respuestas.

Respecto de la consulta por la conducta más probable que tendría en caso que tuviese que atender a una persona Transgénero, se observa que la gran mayoría de las personas señalan que le atenderían igual que a cualquier persona, con un 85,3% correspondiente a 174 personas. La segunda mayoría, con un 11,3% equivalente a 23 personas, manifiesta que intentaría atender con mayor dedicación a una persona trans. Por su parte, las menores concentraciones porcentuales indican que buscarían la forme de atenderle rápidamente (2,5% n=5), mientras que con tan solo una preferencia aparecen las alternativas de solicitar a un o una compañera que le atienda por mi y aquella referida a intentar ocuparse de otro asunto para no tener que atenderle (ambas con 0,5%).

Respecto de la opinión sobre la obliteriedad de reportar la identidad de género al momento de la atención el 52% dijo que “no” y el 48% dijo que “si”. Respecto del total de personas que señalaron que las personas Transgénero sí debían reportar su identidad de género (N=98), esbozaron como principal motivo por el cual sí deben señalar su identidad

para respetar el uso de su nombre social, agrupando más de la mitad de las respuestas (59,8%); luego, con un 22,7% se indica que la identidad debe ser develada, debido a la existencia de enfermedades asociadas al sexo biológico. Con un 12,4% aparece como motivo de develar la identidad el evitar malos entendidos. Un 4,1% alcanza la opinión que señala que develar la identidad es importante para ajustar la atención según las necesidades de una persona Transgénero. Finalmente, con 1% se indica que la identidad debe ser declarada ya que los motivos de enfermedad pueden estar asociados a la terapia hormonal.

Gráfico 14. Conducta probable al atender a una persona Transgénero (%)

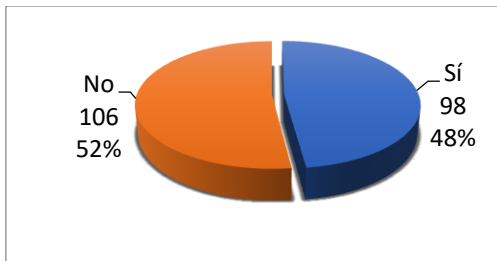


Fuente: Elaboración propia. N= 204.

Por su parte aquellas personas que indicaron que la identidad de género de las personas Transgénero no debía ser declarada, señalaron en más de la mitad de las respuestas (54,8%), que dicha información no es relevante para brindar un trato digno; le siguen en cantidad de respuestas, con un 20,2% quienes, si bien señalan que las personas Transgénero no deben revelar su identidad de género, depende –si deben revelar o no- del motivo médico por el cual consultan. Con un 13,5% de las respuestas, aparece como motivo de no revelar su identidad debido a que es un tema de índole personal. Por otra parte, un 6,7%, si bien señala que no deben revelar su identidad, sí pudiesen hacerlo, con el propósito de respetar su identidad social. Dentro de los motivos menos compartidos, se

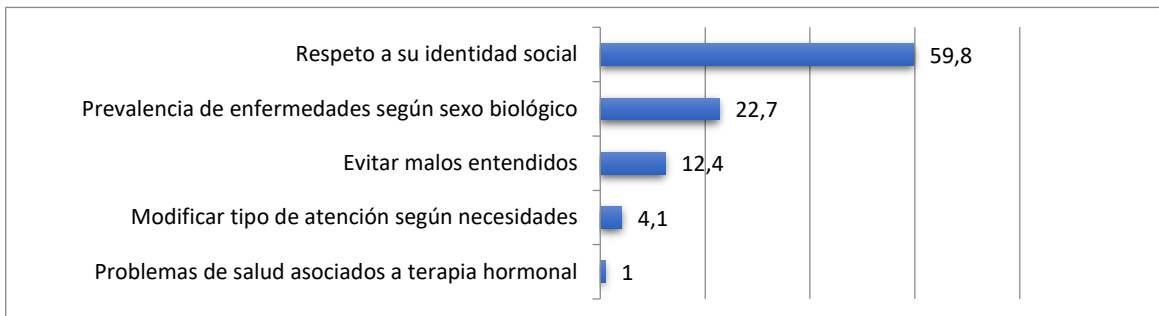
observa con un 2,9% el que no se declare para no generar un mal rato; y con 1%, aparece la mención a que el sexo biológico no resulta relevante para la atención y con el mismo porcentaje se señala que el solicitar que se declare su identidad de género corresponde a un acto discriminatorio.

Gráfico 15. Opinión sobre deber de reportar identidad de género (N y %)



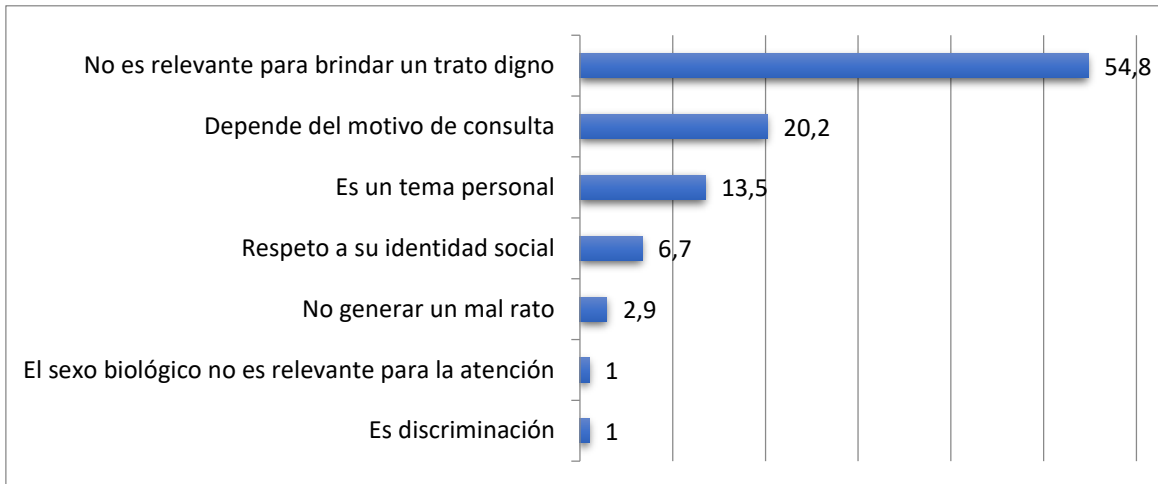
Fuente: Elaboración propia. N= 204

Gráfico 16. Motivos por los cuales se debe reportar identidad de género (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 97 respuestas válidas.

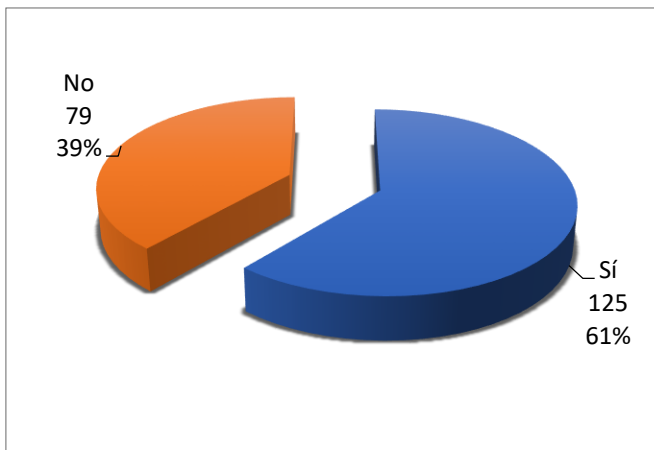
Gráfico 17. Motivos por los cuales no se debe reportar identidad de género (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 104 respuestas válidas.

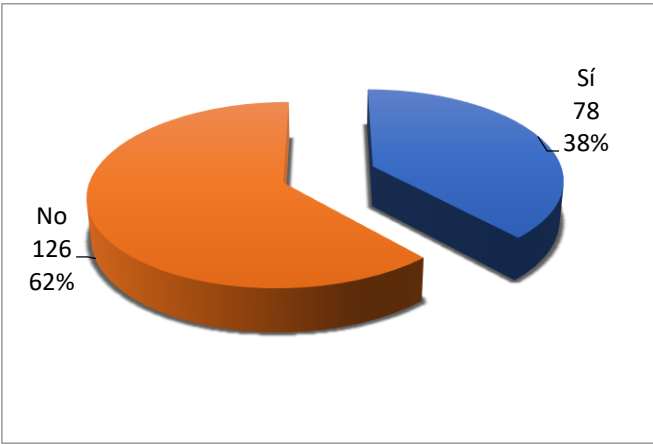
Finalmente, sobre la consulta sobre si ha recibido información, capacitación, sensibilización u orientación sobre población Transgénero, se observa, que un 62%, indica que no ha recibido los elementos mencionados sobre la población Transgénero, mientras que un 38% indica que sí la ha recibido.

Gráfico 18. Recepción de información pertinente sobre estrategias para la prevención del VIH/Sida o sobre infecciones de transmisión sexual (n y %)



Fuente: Elaboración propia. N=204

Gráfico 19. Recepción información, capacitación, sensibilización u orientación sobre población Transgénero (n y %)



Fuente: Elaboración propia. N=204

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Respecto de la caracterización sociodemográfica de los funcionarios y funcionarias que participaron en el estudio, se puede concluir que la distribución por sexo de la muestra es proporcional a la distribución de funcionarios/as del hospital (el 70% de los encuestados fueron mujeres y en el hospital el 69% lo son). Los participantes mostraron un amplio rango etario, siendo la mayoría de ellos adultos entre los 25 y los 39 años de edad (52,4%). Un sesenta y un coma dos porcientos de las personas encuestadas correspondían al estamento profesional, o sea, con un alto nivel de instrucción académica, y la mayoría de estos correspondieron a profesionales de área de la salud (52,6%) y área psicosocial (6,8%). Aproximadamente un tercio de las personas encuestadas se encuentra trabajando en el sector de atención ambulatoria, seguido estrechamente por aquellos que trabajan en servicio de hospitalizados y sólo un 10% trabajando en el servicio de urgencias del Hospital. Aproximadamente otro 10% de los encuestados desempeñan labores en el sector privado de salud. De lo anterior, se puede concluir que la muestra refleja una heterogeneidad en los encuestados que se asemeja al universo de funcionarios del Hospital.

En relación al conocimiento general, que los encuestados mostraron sobre los problemas de salud más prevalentes que aquejan a las personas transgénero, se observó que los mayores porcentajes de respuestas lo obtienen las problemáticas de salud que efectivamente en la literatura se han relacionado como más prevalentes en esta población (problemas de salud derivan de la vulnerabilidad social y la discriminación, problemas de salud mental, ITS/VIH SIDA y problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas). Lo que muestra un adecuado conocimiento de este tema en la mayoría de los encuestados. Por otro lado, se destaca que el 21,8% de las respuestas restantes se distribuyeron en porcentajes más pequeños entre diferentes problemas de salud que no necesariamente aquejan específicamente a la población Transgénero. Esto último, muestra que existe una falta de conocimiento sobre los problemas de salud más prevalentes. Destaca que sólo 22 personas (10,7%) contestó la pregunta de respuesta libre, en la cual debían referir si había otros problemas de salud que aquejaran a las personas transgénero, de ellos sólo el 50% dijo que no existían diferencias entre los problemas de salud entre una persona

transgénero y una que no lo es. Esta respuesta muestra una alta predisposición positiva hacia las personas Transgénero al considerar que sus necesidades sanitarias no son diferentes a la población general.

En la evaluación del conocimiento que las y los trabajadores del Hospital tienen de las personas Transgénero, mediante la expresión de acuerdo o desacuerdo a afirmaciones se concluye que, la mayoría de los encuestados muestran tener conocimiento respecto de que la transexualidad no es una enfermedad (85,3%), que no tienen problemas de salud diferentes a la población general (82,4%) y que deberían recibir atención de salud en el mismo establecimiento que el resto de las personas (94,6%). Estos porcentajes de respuestas concuerdan con la evidencia científica y con las recomendaciones sanitarias internacionales, además de demostrar una probable predisposición positiva de la mayoría respecto de la despatologización y necesidad de mayor inclusión social de las personas Transgénero. Un porcentaje menor de los encuestados (61,9%) rechazó la afirmación que las ITS sea el motivo de consulta más frecuente en personas transgénero, y un 25,7% se mostró indeciso. Destaca que un 12,4% de los encuestados mostraron estar de acuerdo con la afirmación que las ITS son la consulta más frecuente, que un 9,8% está indeciso respecto de que la transexualidad sea una enfermedad, y un 4,9% estar de acuerdo, que el 12,7% está indeciso respecto que las personas Transgénero tengan problemas de salud diferentes a la población general, y un 4,9% de acuerdo. Estos porcentajes de indecisión y de afirmación, si bien son menores, podrían mostrar una necesidad de capacitación en estas temáticas más que un prejuicio y discriminación hacia este grupo.

Respecto de la percepción de riesgos para la salud de los funcionarios y funcionarias en la atención de personas Transgénero, se muestra que la gran mayoría (93,1%) consideró que los riesgos son los mismos que al atender a la población general. En esta afirmación se podría inferir conocimiento y una actitud positiva de la mayoría.

Con respecto a la descripción de la actitud de los funcionarios/as del Hospital hacia la atención de personas Transgénero, se describe la evaluación respecto del nivel de acuerdo o rechazo frente a afirmaciones en la encuesta que se relacionaron con actitud y predisposición. Posteriormente, se describe el nivel de comodidad en la atención, los sentimientos que los funcionarios/as les genera la misma y la conducta más probable que tendría en caso que tuviese que atender a una persona Transgénero. Y finalmente, se describen las respuestas respecto del deber y los motivos de reportar la identidad de género al momento de la atención.

En la descripción del nivel de acuerdo, frente a afirmaciones que implican una actitud positiva hacia las personas Transgénero, se observa que en las seis oraciones evaluadas existe una concentración mayoritaria hacia una actitud positiva (sobre el 80% en todos los casos), también es posible observar que no existe ninguna proposición en la que no exista nivel de desacuerdo, es decir, de una actitud negativa frente a las personas Transgénero. Se puede concluir que la gran mayoría de los encuestados tiene una actitud y predisposición positiva hacia este grupo respecto de poder trabajar con niños/as, poder desempeñar en cualquier trabajo, realizar trabajo de atención de público en el ámbito de salud, frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas, que es injusta la discriminación que sufren y aceptar como compañero de trabajo a una persona Transgénero. Destaca que en el ítem que se refiere a que si una persona Transgénero puede trabajar con niños/as, un 14,7% de los encuestados reportó estar indeciso y de las respuestas que mostraban aceptación era la más baja (80,4%). Lo anterior, no se condice con el ítem que alude a que las personas Transgénero tienen el derecho a desempeñarse en cualquier trabajo que deseen, que concentra el porcentaje más alto de aprobación (93,6%). Es probable que, la actitud de las personas frente a la aceptación social de que las personas Transgénero se relacionen con niños/as se vea altamente influenciada por el contexto socio cultural chileno respecto de la patologización de la identidad de género Trans. Por último, en las seis afirmaciones se mantiene relativamente estable el porcentaje de (entre un 2 a un 6%) de respuestas que muestran una actitud negativa hacia el grupo. Si bien porcentajes de respuestas que muestran una actitud negativa son bajos, no resulta despreciable si se extrapola al universo total de funcionarios del hospital y frente a la posibilidad consecuente

de que estos funcionarios presenten un mayor riesgo de presentar conductas discriminatorias y/o agresivas (implícitas o explícitas) hacia personas transgénero.

Respecto de los resultados referidos a la evaluación de aquellas afirmaciones que implican una actitud negativa hacia las personas Transgénero, se observó que la mayoría de los encuestados mostró porcentajes de rechazo superiores al 50%. Las afirmaciones que mostraron mayores porcentajes de rechazo – porcentaje superior al 80% de respuestas en desacuerdo – fueron aquellas en la afirmación aludía a una explícita negatividad actitudinales, tales como: “Al atender a una persona transgénero temo que intente seducirme o tocarme”, “las personas transgénero me dan la impresión de ser poco aseadas”, “las personas transgénero son un peligro para la sociedad chilena”, “me incomodaría tener que atender a una persona transgénero”, “prefiero no tener ningún tipo de contacto físico con una persona transgénero” y “la ley debe castigar a las personas transgénero”. En estas últimas, los porcentajes de respuestas de aprobación e indecisión fueron los más bajos.

En cuanto a aquellas oraciones que presentaron mayor nivel de indecisión y aprobación fueron: “las personas Transgénero siempre creen que deben ser atendidos/as con algún tipo de trato especial”, “las personas Transgénero dañan la moral tradicional de los chilenos/as”, “es difícil tener una amistad con una persona Transgénero” “si tuviera un hijo/a Transgénero, lo/a mandaría a terapia para cambiar su identidad sexual”, “una persona Transgénero es siempre un peligro potencial de transmisión del VIH” y “no dejaría que mi hijo/a recibiera clases de un profesor/a Transgénero”. En éstas últimas, los porcentajes de respuesta de indecisión fueron mayores al 10% para cada una y las de aceptación mostraron una variabilidad en los porcentajes de entre el 5 al 16%. Si bien, todas estas afirmaciones explicitan una actitud negativa hacia las personas Transgénero, algunas de ellas incorporan un componente de conocimiento (riesgo de transmisión del VIH y efectividad de las terapias no afirmativas de género en niños/as Trans) y de exposición social al grupo.

Respecto del grado de comodidad en la atención de personas Transgénero, la gran mayoría señala que se sentiría igual de cómodo/cómoda que si atendiera a una persona no trans (87.3%) y sólo un 11.3% declaró sentirse “menos cómodo”. En cuanto a la consulta respecto de los sentimientos que le genera la atención de personas Transgénero, con el fin

de determinar en qué medida los sentimientos tendían a ser positivos o negativos, se observó que los sentimientos experimentados tienden a ser muy variados. En términos generales, los sentimientos que prevalece sobre los demás son los de solidaridad (28,6%), agrado (24,9%) y satisfacción (14,3%). El sentimiento de solidaridad indicaría una obligación con pluralidad de sujetos, pero con identidad del objeto, por lo que en un sentido moral estaría relacionado a la acción de caridad o de ser caritativo. Este tipo de sentimientos experimentados en los funcionarios podría relacionarse a comportamientos o actitudes de discriminación positiva hacia las personas Transgénero. Estas actitudes positivas se podrían enmarcar a formas de discriminación positivas y que surgirían con el principal objetivo de que el grupo de personas Transgénero equilibren sus condiciones de vida al general de la población (Velasco, 2007). Por otro lado, el sentimiento menos experimentado es la intolerancia (0,3%). Llama la atención que sentimientos tan negativos como el temor, rechazo, molestia y la intolerancia sean mencionados, a pesar de que sean porcentajes bajos, en un contexto de atención sanitaria.

Cuando se les preguntó la conducta más probable al momento de atender a una persona Transgénero, la gran mayoría de las personas señalan que la atenderían igual que a cualquier persona (85,3%). La segunda mayoría (11,3%) manifestó que intentaría atender con mayor dedicación a una persona trans, lo que podría sugerir que tal actitud positiva podría estar orientada o predispuesta a favorecer al grupo de personas Transgénero en la atención de salud por sobre la atención del resto de la población. Este tipo de actitud podría traducir una forma de discriminación positiva y que podría estar relacionado al conocimiento que las personas manejan respecto de la vulnerabilidad histórica que se ha asociado a este grupo minoritario.

Sobre la consulta sobre si las personas Transgénero deben reportar su identidad al momento de ser atendidas, se observa que existe una distribución similar entre quienes opinan que sí deben declarar su identidad y quienes señalan que no debe ser reportada, quienes alcanzan una mayoría con una diferencia de cuatro puntos porcentuales. Destaca que los motivos por los cuales los encuestados consideraban que las personas si debían reportar su identidad estaban mayoritariamente en relación al respecto por el uso del

nombre social y la identificación de las necesidades sanitarias asociadas al sexo biológico. Entre los que consideraron que no era necesario declarar la identidad de género, los principales motivos apuntaban a que se debía respetar el derecho a la confidencialidad o considerarla información no estrictamente necesaria a todos los contextos de atención. De lo anterior, se concluye que la mayoría de los encuestados considera que la obligatoriedad en revelar o no la identidad de género influyen aspectos tales como el respecto a la dignidad persona y la calidad de la atención.

Finalmente, respecto del acceso a información que ha tenido el personal, se observa que la mayoría de los encuestados ha tenido acceso a información pertinente sobre estrategias para la prevención del VIH/Sida o sobre infecciones de transmisión sexual. Frente a la pregunta si ha recibido información, capacitación, sensibilización u orientación sobre población Transgénero, se observa, en comparación a la respuesta anterior, una inversión de los porcentajes, en donde la mayoría con un 62%, indica que no ha recibido los elementos mencionados sobre la población Transgénero. Este aspecto es relevante si consideramos que en la construcción o modificación de actitudes el conocimiento ocupa un rol crucial.

8. CONCLUSIONES

La mayoría de las y los funcionarios entrevistados mostraron en general actitudes positivas hacia las personas Transgénero, pero aun existen porcentajes de funcionarios que mostraron una actitud negativa. A pesar de que el porcentaje de encuestados que evidenció una actitud negativa fue bajo, es importante considerar que la muestra del estudio sólo consideró una parte del universo total de funcionarios del establecimiento y que tales actitudes pueden afectar directamente la calidad de la atención que reciben las personas Transgénero. Si bien estas manifestaciones de violencia explícita en los ambientes sanitarios son menos evidentes que en otros entornos sociales, son las expresiones heterosexistas más sutiles, frecuentemente inconscientes, no intencionales y consideradas inofensivas, las que pueden producir un impacto negativo en la percepción de la calidad de atención y en el bienestar psicosocial de las personas Transgénero. En los estudios de racismo realizados por Pierce (1977), el autor propuso el concepto de “micro-agresiones” aludiendo a las diferentes “manifestaciones cotidianas verbales, no verbales y ambientales, ya sean intencionales o no intencionales, que comunican mensajes hostiles, despectivos o negativos dirigidos a personas basadas únicamente en su pertenencia a algún grupo marginal”. Investigaciones sociales de heterosexismo, que consiste en las expresiones de opresión que margina a las minorías sexuales, muestran elevados índices de prevalencia de este tipo de agresiones en la sociedad (Hann, 2017). Lo anterior puede contribuir a una mayor percepción de barrera en el acceso sanitario de esta población cuando se exponen en la atención de salud a prestadores que exhiben estas actitudes.

Por otro lado, se evidencia que los funcionarios/as del establecimiento requieren de una mayor capacitación en temáticas relacionadas a la identidad de género y de los determinantes de salud en las personas Transgénero. Este aspecto cobra especial relevancia por su impacto en el desarrollo o cambio de actitudes hacia un determinado grupo social. En la actualidad, frente a los cambios sociales de inclusión social y mayor oferta de prestaciones de acompañamiento psicosocial y de adecuación corporal, existe una mayor demanda de atención sanitaria por parte de las personas transgéneros, por lo que es necesario que los equipos de salud, no necesariamente especialistas en salud transgénero,

conozcan aspectos generales de la terminología, necesidades sanitarias específicas y trato médico-legal.

El tamaño muestral no permitió caracterizar la actitud y conocimiento según la edad y el género de funcionarios y funcionarias. En el estudio destacó que la gran mayoría de los encuestados corresponden a funcionarios con una alta formación profesional (profesiones de la salud) y que, en términos generales, la mayoría ello mostró una actitud positiva hacia la atención de salud de personas Transgénero, sin embargo, se identificó que existe prejuicio hacia el grupo. Este prejuicio se encuentra en la asociación de las personas Transgénero con una serie de problemas de salud que no necesariamente están asociados a este grupo. Por otra parte, la mayoría tiende a asociar las infecciones de transmisión sexual/VIH-SIDA y los problemas de salud mental como especiales en esta población. Es probable que esta predisposición derive del conocimiento que se tiene sobre la alta prevalencia de estas condiciones en las personas Transgénero, lo que podría reforzar una actitud que genera estigmatización por parte de los profesionales de salud. Se debiera realizar una investigación de tipo cualitativo o mediante otras metodologías que permitan observar a los funcionarios que mostraron explícita predisposición negativa.

De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, basándose en los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento y en la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que investigaciones de este tipo permiten visibilizar a una población altamente vulnerable y sensibilizar a funcionarios en salud a mejorar sus estándares éticos en la atención de salud de las personas Transgénero. Los funcionarios de salud, a pesar de responder a ciertos principios en la atención sanitaria, no están exentos de exhibir una conducta estigmatizante hacia la comunidad Trans dado el impacto de la postura hegemónica que patologiza todo aquello que se sale de los límites normativos y del binomio femenino-masculino que imperan en la sociedad actual. Como consecuencia, el espacio de atención sanitaria podría convertirse en uno discriminatorio y que no atienda las necesidades de este sector.

Un buen profesional es siempre un experto en su materia, en el caso de la profesión sanitaria, la competencia científica y técnica va acompañada de un compromiso ineludible de carácter moral (Camps V., 2015). La acción profesional no debe quedar reducida al cumplimiento del estándar técnico o del cumplimiento de un servicio remunerado. Desde una ética aristotélica (ética de las virtudes) alcanzar la excelencia considera el cultivo de los rasgos virtuosos del carácter como lo central de la vida moral. La excelencia vendría a ser el actuar virtuoso que se adquiere voluntariamente al disponerse de actuar de un cierto modo. La virtud hay que adquirirla para que acabe formando parte de la personalidad de cada uno, de su manera de ser, de su carácter o *ethos* (ese es el origen del término “ética”) (Camps V., 2015), estando muy vinculadas a la educación o la formación. Entre las virtudes de la formación sanitaria diversos autores han planteado que el respeto, la amabilidad y el olvido de sí (hacer a un lado los propios juicios de valor), son maneras de reconocer que el paciente debe ser respetado en su autonomía y debe ser tratado reconociendo sus derechos como persona (entre ellas la autodeterminación de la identidad de género). A partir de nuestro estudio, observamos que los conocimientos que los profesionales y funcionarios sanitarios tienen respecto de la salud trans, no tienen los mínimos necesarios para poder responder a las demandas sanitarias justas de las personas transgénero, sin embargo, no sólo esta falta de conocimiento técnico contribuye a la percepción de brecha de esta población. Se observa que, en la construcción de actitudes frente a determinados grupos sociales, actitudes que pueden estar presentes en los prestadores de la salud, derivan de un prejuicio relacionado a la falta de exposición y desconocimiento que puede interferir en la calidad de atención.

Desde una perspectiva bioética, se espera que en los profesionales sanitarios imperen ciertos principios y virtudes que garanticen un trato digno y humanizado del cuidado y que se respeten la pluralidad social respecto de las diferentes formas de pensamiento, de estilos vida y preferencias personales. De no ser así, ser correría un gran riesgo de deshumanización y de corromper los fines de la atención de salud. El estado, a través de políticas públicas, y las instituciones (centros de formación técnica, universidades, centros de salud hospitalarios y ambulatorios, etc.) mediante directrices y lineamientos estratégicos, deben dar relevancia a la formación de técnicos y profesionales no sólo en

competencias teóricas, sino también en competencias éticas. Es por ello que se requiere de mayor investigación sobre cómo estimular la construcción de valores éticos con respecto a la atención de personas trans.

9. REFERENCIAS

- .plural. (junio de 2016). *Percepciones Sobre Matrimonio Igualitario: ¿Está Chile Preparado?* Obtenido de .plural: http://pluralchile.org/wp-content/uploads/2016/06/COORDENADAS_JUNIO-2016.pdf
- Aitken M, S. T.-K. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*, 12: 756–63.
- Ali N., F. W. (2015). Psychiatrists' and Psychiatry Residents' Attitudes Toward Transgender People. *Acad Psychiatry*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: 5th.
- APA. (30 de 10 de 2010). *History and Epidemiology of Transgender and gender nonconforming patients* . Obtenido de American Psychiatric Association: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/e...r-and-gender-nonconforming-patients/history-and-epidemiology>
- Araya C., e. a. (2014). Percepción de los/las transexuales sobre el trato entregado por el sistema de salud chileno privado y público. *Revista de Estudios Cualitativos USACH*, Volumen 1, Número 1. Págs. 63 – 80.
- Baral SD, P. T. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 13(3): 214–22.
- Baron, R. &. (1994). *Social psychology: Understanding human interaction (7th. ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Barrientos J, S. J. (2010). Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) pride, in Chile. *J Homosex.*, 57(6):760-75.
- Bauer. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*.

- Bauer G, N. N. (2011). We've got work to do: workplace discrimination and employment challenges for trans people in Ontario. *Trans PULSE Project E-Bulletin*.
- Bauer GR, S. A. (2015). Transgender People in Ontario, Canada: Statistics to Inform Human Rights Policy. *Trans PULSE Project E-Bulletin*.
- Bauer GR, T. R. (2012). High heterogeneity of HIV- related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. . *BMC Pub Health.*, 12:292.
- Bauer GR, T. R. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 12: 292.
- Bauer GR, Z. X. (2015). Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: a respondent-driven sampling survey. *PLoS One*.
- Berger C. (2015). *Bullying Homofóbico En Chile: Investigación Y Acción*. Santiago de Chile: Fundación Todo Mejora. Obtenido de <https://todomejora.org/documentos/#>.
- Bockting. (2013). Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *American Journal of Public Health* , 103(5), 943–951.
- Camps V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 16(1):3-8.
- Chisolm-Straker M., e. a. (2017). Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences. *Transgender Health*, Volume 2.1.
- Claes. (2015). Non-Suicidal Self-Injury in Trans People. *J Sex Med*, 12: 168-179.
- Clements-Nolle. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*, 51(3):53-69.

Colizzi. (2013). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*.

Comisión Internacional de Juristas (ICJ). (2007). *Principios de Yogyakarta : Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Obtenido de <https://www.refworld.org.es/docid/48244e9f2.html>

Comisión Internacional de Juristas (ICJ). (2007). *Principios de Yogyakarta : Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Yogyakarta.

Coutin A., W. S. (2018). Missed opportunities: are residents prepared to care for transgender patients? A study of family medicine, psychiatry, endocrinology, and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 9(3).

de Vries A, N. I.-K.-O. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*, 40:930–6.

De Vries A.L.C., K. D.-K. (2016). What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin N Am*.

de Vries ALC, M. J.-K. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134:2013–958.

Deutsch, M. (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of nd Transgender and Gender Nonbinary People*. San Francisco, CA, USA: Center of Excellence for Transgender Health. Department of Family & Community Medicine, University of California.

Dhejne. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57.

- Dhejne C, L. P. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLOS ONE*, 6(2):e16885.
- DIPRECE, D. (2010). *Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Duque, C. (2010). *Judith Butler y la teoría de la performatividad de género*. Colegio Hispanoamericano.
- Eisabbagh M, D. G. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res.*, 5:160–79.
- Fedorko B., B. L. (2017). *El círculo vicioso de la violencia: personas trans y género-diversas, migración y trabajo sexual*. Obtenido de www.tgeu.org:
<https://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/01/TvT-PS-Vol17-2017.pdf>
- Foreman M., e. a. (2019). Genetic Link Between Gender Dysphoria and Sex Hormone Signaling. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Pages 390–396.
- Fournier, M. (2013). *Estudio CAP con proveedores de salud sobre barreras para la atención de la población LGBT en la gran área metropolitana de Costa Rica*. Nederland: Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC).
- García-Bravo, M. (2009). *Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México*. Archivos Hispanoamericanos de Sexología.
- Gilbert P.A., P. L. (2018). Alcohol research with transgender populations: A systematic review and recommendations to strengthen future studies. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 186, Pages 138-146.
- Grant. (2011). *Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey*. Washington.

- Grant, J., Mottet, L., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J., & Keisling, M. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Green E, M. L. (2015). *The Teaching Transgender Toolkit: a facilitator's guide to increasing knowledge, decreasing prejudice y building skills*. Obtenido de Planned parenthood of the southern finger lakes: out for health.: www.teachingtransgender.com
- Guasch O., M. J. (2014). La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970-2014). *Gazeta de Antropología*, 30 (3), artículo 06.
- Gómez, F. &. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. . *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, 100 - 123.
- Hann. (2017). Ethical Issues in the Care of Transgender Patients. . *Ochsner Journal*, 17:144–145.
- Herbst JH, J. E. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav* , 12(1): 1–17.
- Heylens. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*.
- Heylens G, E. E. (2014a). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br. J. Psychiatry*, 204:151–56.
- Hinrichs A., e. a. (2017). Transgender and Gender Nonconforming Patient Experiences at a Family Medicine Clinic. *Acad Med*.
- Hurtado, F. (2011). *El debate sobre la despatologización de la transexualidad*. Revista de sexología.

- IDAHOT. (2016). Obtenido de Transgender Europe's Trans Murder Monitoring: <https://transrespect.org/en/idahot-2016-tmm-update/>
- INDH. (12 de Noviembre de 2012). *Servicio Médico Legal: nuevo protocolo que respeta y dignifica a personas trans e intersex*. Obtenido de Instituto Nacional de Derechos Humanos: <https://www.indh.cl/otd-nuevamente-con-su-trabajo-logra-el-respeto-a-la-dignidad-de-las-personas-trans/>
- Irwig M.S. (2016). Transgender care by endocrinologists in the United States. *Endocrine Practice*, Vol 22 No. 7.
- Jabson. (2016). Associations between non-discrimination and training policies and physicians' attitudes and knowledge about sexual and gender minority patients: a comparison of physicians from two hospitals. *BMC Public Health*, 16:256.
- Janssen A, H. H. (2016). Gender variance among youth with autism spectrum disorders: a retrospective chart review. *Transgender Health*, 1(1):63–8.
- Janssen A, L. S. (2018). *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth: A Clinical Guide*. Springer International Publishing AG.
- Külmer, P. M. (2016). *Actitudes Hacia La Diversidad Sexual De Matronas/Es En Chile Durante El Iiº Semestre Del Año 2016*. Valdivia, Chile.: Universidad Austral de Chile.
- Kosenko. (2013). Transgender Patient Perceptions of Stigma in Health Care Contexts. *Medical Care*, 51(9): 819-822.
- Lambda Legal. (2010). *When Health Care Isn't Caring: Lambda Legal's Survey of Discrimination Against LGBT People and People with HIV*. New York.
- Linker. (2017). Encuesta T: 1ª Encuesta para personas trans y de género no conforme en Chile.

- Lombardi EL, e. a. (2001). Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex*, 42(1):89–101.
- Manrique, E. (2013). *Transformaciones En El Modelo Familiar Aceptación, Acogida Y Reconocimiento De La Situación Transgénero (Tesis de Magister)*. Santiago de Chile: Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad De Chile.
- McCabe SE, W. B. (2013). Sexual orientation and substance abuse treatment utilization in the United States: results from a national survey. *J Subst Abuse Treat*, 44(1):4-12.
- McNulty, A. &. (2017). Transgender HIV and sexually transmissible infections. *Sexual Health*, 14(5), 451.
- Medley G, L. R. (Octubre de 2016). *Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*. Obtenido de <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015.htm>.
- MINSAL. (2010). *Vía clínica para la adecuación Corporal en personas con incongruencia de entre sexo físico e identidad de género*. Obtenido de División de Prevención y control de enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d126e58ba4cb53f5e040010165017912.pdf>
- Morales, F. M. (2007). *Psicología Social*. España: McGrawHill.
- MOVILH. (2013). *Movimiento de Integración y Liberación Homosexual*. Obtenido de Primera encuesta nacional: Diversidad sexual, derechos humanos y ley contra la discriminación.: <http://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2013/07/Encuesta-Nacional-Diversidad-Sexual.pdf>
- MOVILH. (2017). *XV Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile (Hechos 2016)*. Obtenido de www.movilh.cl:

<http://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2017/03/XV-Informe-de-DDHH-2016-MOVILH.pdf>

- NISLY N.L., I. K. (2018). Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, Volume 61, Number 4, 674–686.
- Norton. (2013). Heterosexuals’ attitudes toward transgender people: findings from a national probability sample of U.S. adults. *Sex Roles*, 68(11–12):738–53.
- Nowaskie D.Z., S. J. (2018). Primary Care Providers’ Attitudes, Practices, and Knowledge in Treating LGBTQ Communities. *Journal Of Homosexuality*.
- Nuttbrock. (2013). Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections Among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective S. *American Journal of Public Health*.
- OCDE. (2014). *Suicides. OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*. Obtenido de OECD ilibrary: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-99-en>
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Operario D, S. T. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 48(1): 97–103.
- OPS, O. P. (5 de agosto de 2013). *Por La Salud De Las Personas Trans Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Obtenido de www.paho.org:
<https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf?ua=1>

- OTD. (9 de septiembre de 2018). *Informe sobre Encuesta T: 1° Encuesta para Personas Trans y de género no conforme en Chile*. Obtenido de Organizando Trans Diversidades: <http://encuesta-t.cl/>
- Poteat. (2013). Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med.*, 84:22-9.
- Riberido dos Santos, A. S. (2015). Implicaciones bioéticas en la atención de la salud al público LGBTT. *Revista bioética*, 23(2), 307 - 415.
- Rider G.N., M. B. (2018). Perspectives From Nurses and Physicians on Training Needs and Comfort Working With Transgender and Gender-Diverse Youth. *J Pediatr Health Care*, 1-7.
- Rodrigues, A. (2002). *Psicología social (5a Ed.)*. México: Trillas: Editorial Trillas Sa De Cv.
- Rowe D., C. Y. (2017). Providers' Attitudes and Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. *Federal Practitioner*.
- Rueda-Castillo, A. (marzo de 2015). *Derechos de las personas trans*. Obtenido de Corte Interamericana de Derechos Humanos: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r34727.pdf>
- Sabini, J. (1992). *Social psychology*. New York: W.W. Norton & Company.
- Safera J.D., C. E. (2016). Barriers to Health Care for Transgender Individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 23(2): 168–171.
- Samuels E.A., e. a. (2017). “Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Annals of Emergency Medicine*.
- Sanchez NF, S. J. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *Am J Public Health*, 99:713– 9.

- Shetty G., e. a. (2016). Oncology healthcare providers' knowledge, attitudes, and practice behaviors regarding LGBT health. *Patient Education and Counseling*.
- Shields JP, e. a. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health*, 52: 248–50.
- Shires D.A., S. D. (2018). Primary Care Clinicians' Willingness to Care for Transgender Patients. *Ann Fam Med*, 16:555-558.
- Spack NP, E.-L. L. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3):418–25.
- Swank, E. F. (2012). Rural location and exposure to minority stress among sexual minorities in the United States. . *Psychology & Sexuality*, 3(3), 226-243.
- Unger C.A. (2015). Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice. *Journal Of Women's Health*, Volume 24, Number 2.
- Velasco, J. (2007). Discriminación positiva, diversidad cultural y justicia. *Daimon. Revista de Filosofía*, nº 41.
- Vélez-Pelligrini, L. (2008). *Minorías sexuales y sociología de la diferencia: gays, lesbianas y transexuales ante el debate identitario*. Barcelona: Montesinos Ensayo.
- Ward BW, D. J. (2014). *Sexual Orientation and Health Among U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2013*. Obtenido de National Center for Health Statistics: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr077.pdf>.
- WPATH, T. W. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 7th version.
- Zapata A., e. a. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Rev Med Chile*, 147: 65-72.

Zucker. (2016). Gender Dysphoria in Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 217-247.

Zucker KJ, B. S. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *J Abnorm Child Psychol*, 25: 217–27.

Zucker, K. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 14, 404–411.

10. ANEXOS

10.1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Concepto/Término	Definición
<i>Sexo/Características sexuales</i>	Se refiere al sexo asignado en el momento del nacimiento, basado en la valoración anatómica de los genitales externos, así como la genética, cromosómica y gonadal. Se utiliza para referirse a las características biológicas de la masculinidad y femineidad. (Deutsch, 2016)
<i>Género/ Rol de Género</i>	Se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos construidos social y culturalmente en torno a lo masculino y femenino. (Janssen A L. S., 2018)
<i>Expresiones de género(s)</i>	Presentación externa del género por parte de una persona, que comprende estilo personal, vestimenta, peinado, maquillaje, joyería, inflexión vocal y lenguaje corporal. Se categoriza de forma típica como femenino o masculino. (Green E, 2015)
<i>Identidad de Género</i>	Es la percepción de una persona de vivenciarse como hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede corresponder con su sexo asignado al nacer (Cisgénero) y no hacerlo (Transgénero). La identidad de género usualmente se desarrolla desde temprana

	edad (infancia) y permanece estable a lo largo de la vida; sin embargo, en algunos individuos, puede cambiar en etapas más tardías. (Janssen A L. S., 2018)
<i>Transgénero</i>	Adjetivo amplio utilizado para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer. No todas las personas Transgéneros buscan adecuación corporal hormonal o quirúrgica. (Janssen A L. S., 2018)
<i>Hombre Transgénero (también hombre trans)</i>	Se refiere a individuos asignados con el género femenino al nacer, pero su identidad de género es masculina.
<i>Mujer Transgénero (también mujer trans)</i>	Se refiere a individuos asignados con el género masculino al nacer, pero su identidad de género es femenina.
<i>Transexual</i>	Término que se utiliza para referirse a una persona Transgénero que pasó por intervenciones hormonales o quirúrgicas para cambiar su cuerpo, de forma que este mas alineado con su identidad de género que con su sexo asignado al nacer. (Green E, 2015)
<i>Persona Trans</i>	Actualmente, organizaciones nacionales e internacionales promueven el uso del término “Trans”, para referirse a transexuales, Transgénero y otras denominaciones usadas para reivindicar el valor político de la autodeterminación identitaria y diferenciarse de las

	denominaciones médicas y/o psicológicas. (OTD, 2018)
<i>Género binario</i>	Modelo social dominante en la cultura occidental hetero-normativa que “considera que el género y el sexo abarcan sólo dos categorías rígidas, opuestas y co dependientes. Hombres masculinos con pene y mujeres femeninas con vagina. Tal sistema o modelo excluye a personas que no se enmarcan dentro de las dos categorías (género no binario). (OTD, 2018)
<i>Incongruencia de Género (también discordancia de género)</i>	Se refiere a un término amplio usado cuando la identidad de género y/o la expresión de género difiere de lo que típicamente está asociado con el sexo asignado al nacer. La incongruencia de género es el término propuesto en el CIE-11 (OMS) en la nueva categoría de diagnósticos relacionados con la identidad de género que reemplaza al término “Transexualidad”. No todos los individuos con incongruencia de género tienen disforia de género o buscan atención sanitaria para adecuación corporal. (Janssen A L. S., 2018)
<i>Disforia de Género</i>	Concepto que se refiere al malestar y sufrimiento experimentado por el individuo cuya identidad de género y su sexo asignado al nacer no son completamente congruentes. En 2013, la Asociación

	<p>Americana de Psiquiatría, en la 5ta Edición del Manual de Trastornos Mentales (DSM-5), utiliza este término para reemplazar el “trastorno por identidad de género” y modifica sus criterios diagnósticos. (American Psychiatric Association, 2013)</p>
<i>Transición</i>	<p>Período durante el cual los individuos cambian del rol de género asociado con el sexo asignado al nacer a un rol de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en ‘otro’ papel de género; para otras esto significa la búsqueda del rol y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonoterapia, genitoplastia y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada. (Janssen A L. S., 2018)</p>
<i>Nombre Social</i>	<p>Se entiende aquel por el cual las Personas Trans se autodenominan o escogen ser reconocidas, identificadas y denominadas en su medio social. En tanto, el nombre legal es aquel que figura en los documentos o en la cédula de identidad haya sido o no adecuado a la identidad de género. En Chile, el Ministerio de Salud publicó en la Circular N°21 (2012) en la que se refiere</p>

	que, en los establecimientos de salud de la red asistencial que brinden atención de salud a una Persona Trans, deben considerar siempre el uso del nombre social y el género (masculino o femenino) con el cual dicha persona se identifica (independiente del nombre legal).
<i>Transfobia</i>	Conductas, opiniones o pensamientos contra una persona o grupo sólo en razón de una real o supuesta identidad de género Trans. (OMS, 2017)
<i>Orientación Sexual</i>	Sentimiento de atracción de una persona hacia otras. Puede ser atraída por una persona del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (Homosexual), de ambos sexos (Bisexual) o no tener preferencia con el sexo o con el género (Asexual) (Green E, 2015).
<i>LGTBI</i>	Acrónimo utilizado para referirse a lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros, intersexual, e individuos o comunidades “que se cuestionan” (Green E, 2015).

Fuente: Elaboración propia, con excepción de referencias indicadas en cada concepto.

10.2. CONFORMIDAD DE USO DE INSTRUMENTO ENCUESTA

CIPAC 

29 November 2017, 10:56



RE: Sobre investigación en personas Trans.

[Details](#)

To: pablo contreras, Cc: Carmen Paz Astete

Estimado don Pablo:

Un cordial saludo de nuestra parte.

Por medio de la presente autorizo el uso de la herramienta, solo solicitamos se reconozca el apoyo del CIPAC en este proceso como autores de la misma.

También nos encantaría contar con el informe de resultados para analizar las diferencias y tendencias en estos profesionales en la región letinoamericana.

Saludos y muchísima suerte con la investigación,

Daria Suárez Rehaag
Directora Ejecutiva
CIPAC

De: pablo contreras [<mailto:pablocontrerasgalvez@gmail.com>]

Enviado el: sábado, 25 de noviembre de 2017 5:57 a. m.

Para: Daria Suárez

CC: castete@udd.cl

Asunto: Sobre investigación en personas Trans.

Sra. Daría Suárez,

El motivo del presente es para solicitarle su apoyo en una investigación que quiero realizar en la red de salud pública de mi ciudad respecto de la percepción de barreras asistenciales para las personas transgénero en el contexto de que estoy realizando un Magister en Bioética de la Universidad del Desarrollo y porque dirijo un programa de adecuación corporal par personas Trans en mi Hospital.


Es por ello que me gustaría poder aplicar vuestro instrumento que utilizaron en la investigación "ESTUDIO CAP CON PROVEEDORES DE SALUD SOBRE BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN LGBT EN LA GRAN ÁREA METROPOLITANA DE COSTA RICA" y administrarlo en los funcionarios médicos y no médicos para medir las actitudes hacia las personas trans, con el objetivo de promover políticas locales que mejoren el trato a nuestros usuarios.

Esperando contar con vuestro apoyo.

Atentamente,

Pablo Contreras.

10.3. ENCUESTA A FUNCIONARIOS DE SALUD

 <p>Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo Centro de Bioética</p>	<p>ESTUDIO: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD HACIA LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO EN HOSPITAL BASE DE OSORNO"</p>
---	--

ENCUESTA A FUNCIONARIOS DE SALUD

Estimado/a señor/a/ita :

Lo invito a participar en investigación sobre los "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD HACIA LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO (personas con identidad de género diferente a su sexo biológico) EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA OSORNO".

El fin del estudio es determinar si las personas transgénero enfrentan dificultades en el acceso a salud en comparación con las personas cisgénero (personas cuya identidad de género coincide con su sexo biológico o asignado al nacer) y contribuir a mejorar la atención sanitaria.

La encuesta contiene preguntas de respuesta breve y afirmaciones que usted debe evaluar e indicar si está o no de acuerdo o indeciso/a con cada una de ellas.

El cuestionario es totalmente anónimo, no se le pedirá su nombre ni número de cédula de identidad ni ningún otro dato que lo/a identifique, y al participar del estudio no obtendrá ningún beneficio adicional ni incurrirá en algún costo económico.

En la medida que usted brinde respuestas acordes con su manera de pensar y sentir podremos apreciar con exactitud cuál es el estado de las opiniones de la población.

Este estudio cuenta con la autorización del Director de su establecimiento para ser llevado a cabo.

Frente a cualquier duda contactar al investigador: Dr. Pablo Contreras Gálvez, médico psiquiatra y estudiante de Magister Interuniversitario de Bioética de la Universidad del Desarrollo. mail: pablcontrerasg@udd.cl

¿Está usted de acuerdo con participar en la investigación?

() Si

() No



PARTE I

1. ¿En qué tipo de establecimiento de salud trabaja? (Puede marcar más de uno):
 - Servicio de Atención Ambulatoria en Hospital Público
 - Servicio de Hospitalizados de Hospital Público
 - Servicio de Atención Ambulatoria de Clínica Privada
 - Servicio de Hospitalizados de Clínica Privada
 - Servicio de Atención de Urgencias de Hospital Público
 - Servicio de Atención de Urgencias de Clínica Privada
 - Servicio de Atención Ambulatoria de Salud Mental Público
 - Centro de Salud Familiar Público
 - Servicio de Atención Primaria de Urgencia
2. ¿Cuál es su nivel educacional?
 - Enseñanza media incompleta
 - Enseñanza media completa
 - Educación técnica
 - Educación universitaria incompleta
 - Educación universitaria completa
 - Estudios de Post grado
 - Otros
3. ¿Cuál es su estamento profesional?
 - Médico u odontólogo
 - Profesional del área de la salud
 - Profesional del área psicosocial
 - Técnico superior
 - Administrativo
 - Otro
4. ¿Cuál es su género?
 - Masculino
 - Femenino
 - Otro
 - Prefiero no decirlo
5. ¿Cuál es su edad? ____ años.



PARTE II

6. Para comenzar, ¿podría usted indicarme cuáles considera que son los principales problemas de salud que aquejan a las personas transgénero? (Puede marcar más de uno).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accidentes | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Actividades peligrosas o de riesgo | <input type="checkbox"/> Enfermedades gástricas e intestinales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de adicción y abuso de alcohol y drogas | <input type="checkbox"/> Problemas nutricionales |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas sociales y discriminación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Problemas de salud oral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Otros (mencione brevemente) |
-

A continuación, aparece una lista de 22 afirmaciones referentes a las personas transgénero. Nos interesa saber si usted está “de acuerdo” o “en desacuerdo” o “indeciso(a)” con cada una de estas afirmaciones. Le pedimos que luego de leer cada afirmación marque con una X la alternativa que mejor represente su opinión respecto de las personas transgénero.

Las alternativas de respuesta son de nuevo:

- D: En desacuerdo
I: Indeciso o indecisa
A: De acuerdo



Respecto de las personas transgénero:	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo
	(D)	(I)	(A)
7. Una persona transgénero puede trabajar con niños(as).	D	I	A
8. Una persona transgénero tiene el derecho de poder desempeñar cualquier trabajo que desee.	D	I	A
9. Las personas transgénero dañan la moral tradicional de los chilenos(as).	D	I	A
10. La ley debe castigar a las personas transgénero.	D	I	A
11. Las personas transgénero deberían poder frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas.	D	I	A
12. Es difícil tener una amistad con una persona transgénero.	D	I	A
13. Es injusta la discriminación social que sufren las personas transgénero.	D	I	A
14. Una persona transgénero podría trabajar atendiendo personas en un centro de salud.	D	I	A
15. Yo podría aceptar sin problema a una persona transgénero entre mis compañeros/as de trabajo.	D	I	A
16. Prefiero no tener ningún tipo de contacto físico con una persona transgénero.	D	I	A
17. La transexualidad es una enfermedad mental.	D	I	A
18. Las personas transgénero son un peligro para la sociedad chilena.	D	I	A
19. Me incomodaría tener que atender a una persona transgénero.	D	I	A
20. Las personas transgéneros deberían ser atendidas en establecimientos de salud aparte.	D	I	A
21. Una persona transgénero es siempre un peligro potencial de transmisión del VIH.	D	I	A
22. Las personas transgénero tienen problemas de salud diferentes a las personas no transgénero.	D	I	A
23. Al atender a una persona transgénero temo que intente seducirme o tocarme.	D	I	A
24. No dejaría que mi hijo/a recibiera clases con un profesor/a transgénero.	D	I	A
25. Si tuviera un hijo/a transgénero, lo/a mandaría a terapia para cambiar su identidad sexual.	D	I	A
26. La consulta más frecuente de las personas transgénero es por infecciones de transmisión sexual.	D	I	A
27. Las personas transgénero me dan la impresión de ser poco aseadas.	D	I	A
28. Las personas transgénero siempre creen que deben ser atendidos/as con algún tipo de trato especial.	D	I	A



PARTE IV

Para continuar, se presentan seis preguntas en que le pedimos que luego de leer cada una marque con una X la alternativa que mejor represente su opinión respecto de las personas transgénero.

29. En comparación con las personas no transgénero, ¿considera usted que existe menores, iguales o mayores riesgos para la salud del personal de su establecimiento al atender a personas transgénero?

- Menores riesgos
- Iguales riesgos
- Mayores riesgos

30. En la atención de público en su establecimiento ¿Se siente o se sentiría menos, igual o más cómodo/a al atender a una persona transgénero?

- Menos cómodo/a
- Igual de cómodo
- Más cómodo/a

31. Imagine por un momento que usted tuviera que atender a una persona transgénero. Por favor marque con una X aquellos sentimientos que usted experimentaría al atender a la persona. Puede marcar más de un sentimiento:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Temor | <input type="checkbox"/> Orgullo |
| <input type="checkbox"/> Indiferencia | <input type="checkbox"/> Indignación |
| <input type="checkbox"/> Molestia | <input type="checkbox"/> Desprecio |
| <input type="checkbox"/> Solidaridad | <input type="checkbox"/> Agrado |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Rechazo |
| <input type="checkbox"/> Satisfacción | <input type="checkbox"/> Intolerancia |

32. Si usted tuviera que atender a una persona transgénero, ¿cuál considera usted que podría ser su conducta más probable?

- Trataría de ocuparme de otro asunto para no tener que atenderla
- Buscaría la forma de atenderla rápidamente
- Solicitaría a un compañero/a que lo/a atienda por mi
- La atendería en forma semejante a como atiendo a cualquier otra persona
- Trataría de atenderlo/a con mayor dedicación



33. ¿Considera usted que las personas transgénero deberían reportar SIEMPRE su identidad de género antes de ser atendidas en un centro de salud?

- Si
- No

34. Considerando su respuesta a la pregunta anterior ¿Cuál sería la principal razón para que la persona transgénero deleve o no su identidad sexual al momento de ser atendidas en su centro de salud?

Y para terminar, las tres últimas preguntas

35. En el último año, ¿ha recibido usted información pertinente sobre estrategias para la prevención del VIH/Sida o sobre infecciones de transmisión sexual?

- Si
- No

36. En el último año, ¿ha recibido usted información, capacitación, sensibilización u orientación sobre la población transgénero?

- Sí
- No

37. En términos de su actividad sexual, usted...

- Sólo practico el sexo con personas de mi género opuesto
- Sólo practico el sexo con personas de mi mismo género
- Practico el sexo tanto con personas de mi mismo género como opuesto
- No tengo una preferencia definida
- No practico el sexo con otras personas
- Prefiero no decirlo

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



10.4. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA ALEMANA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO
CENTRO DE BIOÉTICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ACTA DE APROBACIÓN

2018-56

Santiago, 12 de julio de 2018

Investigador responsable: **Dr. Pablo Contreras**

Institución: **Magíster Interuniversitario de Bioética
Universidad del Desarrollo**

Proyecto de Tesis: **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los funcionarios(as) de salud hacia la atención de personas transgénero en Hospital base de Osorno”**

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996:

- 1) Proyecto: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los funcionarios(as) de salud hacia la atención de personas transgénero en Hospital base de Osorno”
- 2) Documento de Consentimiento Informado incorporado en la primera página de la encuesta on-line
- 3) Currículum vitae del investigador principal: Dr. Pablo Contreras
- 4) Materiales a utilizar: encuesta on-line

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

• Evaluación riesgo/beneficio: Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal que utiliza una encuesta on-line cuyo objetivo es conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de funcionarios (as) del Hospital Base de Osorno hacia la atención de personas transgénero.

Riesgos: la encuesta no implica riesgos para los participantes

Beneficios: no hay beneficios directos para los participantes, pero con los hallazgos de este proyecto se busca contribuir a la creación de políticas institucionales que motiven a los equipos de salud en el desarrollo de un ambiente asistencial respetuoso e inclusivo.



- Existe protección a los participantes en cuanto a:
 - a. Libertad para participar.
 - b. Confidencialidad.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio es interesante y está bien justificado y que no hay objeciones para la realización del proyecto de investigación propuesto con funcionarios del Hospital Base de Osorno y, por ende, otorga su aprobación. Esta aprobación tiene una vigencia de un año a partir de la fecha de emisión de este documento (12 de julio de 2018).

El comité solicita que el investigador:

- Utilice la encuesta aprobada y timbrada por este comité.

Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.



Dr. Marcial Osorio
Presidente
Comité Ético Científico



Fga. M Bernardita Portales
Secretaria Ejecutiva
Comité Ético Científico



Nómina de integrantes del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo a la fecha:

NOMBRE	PROFESIÓN	CARGO
Marcial Osorio Fuenzalida	Médico	Presidente
Alberto Laporte Miguel	Médico	Vice-presidente
María Bernardita Portales	Fonoaudióloga	Secretaria Ejecutiva
Juan Pablo Beca Infante	Médico	Integrante
Alejandra Valdés Valdés	Matrona	Integrante
Juan Alberto Lecaros Urzúa	Abogado	Integrante
Bernardo Aguilera Dreyse	Médico	Integrante
Paula Muñoz Venturelli	Médico	Integrante
María Loreto Rojas Durán	Arquitecto	Miembro de la Comunidad



10.5. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

De: pablo contreras [mailto:pablocontrerasgalvez@gmail.com]

Enviado el: martes, 17 de abril de 2018 12:13

Para: nancyb.gonzalez@redsalud.gov.cl

Asunto: Sobre investigación con funcionarios de salud

Dr. Daniel Núñez Bellet

Director (S) Hospital Base San José Osorno

Adjunto al presente documento fotostático del Comité de Ética e instrumento a aplicar en formato PDF para su revisión.

El proceso de aplicación de encuesta será de la siguiente forma: Primero, le solicitaré a cada Jefe de CR autorización para acceder a datos de RRHH del establecimiento respecto del número total de funcionarios de salud por estamento, así poder calcular estadísticamente el tamaño de la muestra requerido; Segundo, se identificarán espacios de reunión de los funcionarios por estamento y se entregará breve información sobre la aplicación de la encuesta, su contenido y la recogida de información; Tercero, el suscrito entregará a cada funcionario interesado en participar el link donde se encuentra disponible el instrumento on line junto a consentimiento informado. La encuesta es de autoaplicación, completamente anónimo y tiene una duración estimada de 15 minutos.

Quedo atento a sus comentarios o dudas.

Atentamente.

Pablo Contreras Galvez

Medico Psiquiatra C.R. Psiquiatria y Salud Mental

Hospital Base San José Osorno

Red Minsal: 645615 - Red Pública: 2335615

Email: pablo.contrerasg@redsalud.gov.cl

De: DIRECCION HOSPITAL BASE OSORNO nancyb.gonzalez@redsalud.gov.cl

Asunto: Proyecto Investigación - Dr. Pablo Contreras G.

Fecha: 24 de abril de 2018, 10:18

Para: pablocontreraspablocontrerasgalvez@gmail.com

At.

Junto con saludar, y en respuesta a lo solicitado informo Ud. que el suscrito apoya el Proyecto de Investigación: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FUNCIONARIOS(AS) DE SALUD HACIA LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO EN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA COMUNA OSORNO”.

Atentamente,

Dr. Daniel Núñez Bellet Director (S)

Hospital Base San José Osorno

Teléfono: + 56 (64) 2336421- Anexo: 646421 E-Mail: daniel.nunez@redsalud.gov.cl