

Ciclo de Complementación Curricular  
Licenciatura en Enfermería  
Trabajo Final Integrador

Autores: Rodrigo Emiliano Cuba  
Romina Florencio

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE OBSTACULIZAN LA  
PRESTACIÓN DE CUIDADOS POR PARTE DE LOS  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A SUJETOS DE  
ATENCIÓN TRANS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE  
CONSULTORIOS EXTERNOS DE CLÍNICA MÉDICA (CECM),  
EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD DE LA CIUDAD  
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA) EN EL PERÍODO DE  
SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2023**

2023

Tutoras: Lic. Susana Bustamante

*Citar como:* Florencio R, Cuba RE. Factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio de Consultorios Externos de Clínica Médica (CECM), en una institución pública de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el período de setiembre - noviembre 2023. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2023. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2704>



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo General	
3.1.1 Objetivos Específicos	
4. HIPÓTESIS.....	9
5. JUSTIFICACIÓN.....	10
6. MARCO TEÓRICO.....	11
6.1 Factores Socioculturales	
6.2 El Cuidado	
6.2.1 Cuidados de Enfermería	
6.2.2 Teorías del cuidado	
6.2.3 Cuidados de Enfermería Teoría Transcultural	
6.3 Género y Diversidad – Personas Trans	
6.4 Antecedentes de obstáculos en la atención a personas trans en los servicios del sistema público de salud	
6.5 Factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans en un servicio de Consultorios en una institución pública de salud	
6.5.1 Los Mitos como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a profesionales de enfermería a sujetos de atención trans.	
6.5.2 Indicadores sobre los Mitos sobre la población trans que obstaculizan la prestación de cuidados	
6.5.3 Creencia en los profesionales de enfermería como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans	
6.5.4 Indicadores sobre las creencias de los profesionales de enfermería que como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans	
6.5.5 Modelo Heteronormativo como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans	

6.5.6	Indicadores acerca del modelo Heteronormativo como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans	
6.6	Reconocimiento del acceso a la salud de personas trans en la Ley 26743	
6.7	Atención en Salud a Personas Trans en Argentina	
6.7.1	Formación del profesional sanitario orientada a la asistencia de personas trans	
7.	MARCO METODOLÓGICO.....	37
7.1	Definición nominal de las variables	
7.1.1	Definición operacional de las variables	
7.1.2	Cuadro de operacionalización de las variables	
7.2	Método y Técnica	
7.2.1	Tipo de estudio	
7.2.2	Población y muestra	
7.2.3	Técnicas y herramientas de recolección de datos	
7.2.4	Plan de análisis de los datos: MATRIZ DE DATOS	
7.2.5	Cuadro de ponderación de resultados	
8.	PLAN OPERATIVO.....	42
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
10.	ANEXOS.....	45
	Anexo I Encuesta	
	Anexo II Tabla de Matriz de Datos	
	Anexo III Ponderación de Resultados	
	Anexo IV Tablas y gráficos de frecuencias	
	Tabla nº 1 y gráfico nº 1. Las personas trans son combativas y problemáticas.	
	Tabla nº 2 y gráfico nº 2. Todas las personas trans tienen trastornos mentales.	
	Tabla nº 3 y gráfico nº 3. Todas las personas trans han sido abusadas sexualmente.	
	Tabla nº 4 y gráfico nº 4. Las personas siempre se unen para reproducirse y dejar descendencia.	

Tabla nº 5 y gráfico nº 5. Las personas trans no deberían contraer matrimonio o casarse.

Tabla nº 6 y gráfico nº 6. Las personas trans viven en pecado o en inmoralidad.

Tabla nº 7 y gráfico nº 7. Omite consultar el pronombre con el que quiere ser llamada/o.

Tabla nº 8 y gráfico nº 8. Todos los documentos que utilizan cuentan solo de masculino y femenino.

Tabla nº 9 y gráfico nº 9. El género de la persona se correlaciona con el sexo asignado al nacer.

AEXO V Nota de autorización para realizar una encuesta.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto de investigación trata sobre los factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados de enfermería en sujetos de atención trans que asisten al servicio de consultorios externos de clínica médica, de una institución pública de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el periodo de setiembre a noviembre 2023.

Todo aquello que tenga lugar en una sociedad e involucre a los seres humanos como parte de un grupo social y que influya en su vida comunitaria, puede considerarse un aspecto sociocultural. Los factores sociales y culturales tienen una importancia decisiva en la explicación de la evolución del pensamiento, sin embargo es necesario afirmar que ellos no actúan en bloque ni de modo unilateral e independiente a los factores biológicos e individuales. Luego, la cultura como determinante son todas las formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud. (Cao, 2018)

El personal de enfermería, no está exento de estas realidades y dimensiones, ya que se encuentra inmerso en una sociedad y atravesado por una cultura, y que a su vez pueden comportarse como obstáculos para la prestación de cuidados a sujetos de atención trans.

*“Si bien la Argentina posee un marco legislativo de vanguardia, ciertos grupos y colectivos aún encuentran obstáculos a la hora de ejercer sus derechos consagrados. El estigma continúa operando como un factor de desigualdad potenciado cuando se trata de personas travestis o trans, siendo objeto de hechos de discriminación y violencia, e incluso víctimas de crímenes de odio tales como el travesticidio/transfemicidio. Como consecuencia de esta realidad, se estima que las personas trans y travestis tienen en la Argentina una expectativa de vida de 35 años”* (Fundación Huésped, 2017).

Pese a los avances en materia legislativa y de reconocimiento de las diversidades, género e inclusión, aún hoy se siguen replicando y normalizando sistemas de violencia institucionalizada, aplicada aún por quienes deberían velar por la protección de las personas. Estas violencias como tal, van de la mano de las representaciones sociales que forman en torno a los valores y manifestaciones culturales y que pueden traducirse en estigma, discriminación,

entre otras, muchas veces sin el reconocimiento pleno de quien las aplica, ya que forma parte de normalizaciones cotidianas (Fundación Huésped, 2017). El acto de prevenirlas, implica identificar cómo se construyen las representaciones sociales en torno a esta población específica, identificar cómo derivan en discriminación negativa y qué rol juega la visión “*heteronormada*”, así como el paradigma médico hegemónico en este escenario.

El desconocimiento y la baja visibilidad de este colectivo social, lleva a que en muchas oportunidades, los factores socioculturales influyan con mayor incidencia en la prestación de cuidados, alejando a las personas trans, sin la prestación de cuidados que necesitan por diferentes situaciones de salud. Diversos informes elaborados por las organizaciones de personas trans de Argentina (tales como la Asociación de Mujeres Meretrices Argentina y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina) coinciden en que el maltrato y la discriminación en las instituciones sanitarias hacia la población travesti y trans desincentivó durante años el control de su salud. Cada uno de estos puntos, en detrimento de la salud y el bienestar psicosocial de las personas trans, tienen como resultado, una expectativa de vida, de hasta 35 años<sup>1</sup> (Berkings, 2014).

El presente proyecto de investigación surge a partir del planteo y definición del objeto de estudio y acorde a la problemática que se identifica. Así se define como un estudio de lógica cuantitativa, de alcance descriptivo, de corte transversal, no experimental y prospectivo.

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué factores socioculturales obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio de Consultorios Externos de Clínica Médica (CECM), de una institución pública de salud, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el periodo de setiembre - noviembre 2023?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Describir los factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio CECM, de una institución pública de salud, de CABA en el período de setiembre - noviembre 2023.

##### **3.1.1 Objetivos Específicos**

Identificar los mitos que existen sobre la población trans como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a sujetos de atención trans que asisten al servicio de CECM, de una institución pública de salud de CABA.

Identificar las creencias de los y las profesionales de enfermería como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a sujetos de atención trans que asisten al servicio de consultorios externos de clínica médica, de una institución pública de salud de CABA.

Identificar el modelo heteronormativo como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a sujetos de atención trans que asisten al servicio de consultorios externos de clínica médica, de una institución pública de salud de CABA.

#### **4. HIPÓTESIS**

Los factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio de CECM de una institución pública de salud, tales como los mitos en torno a la población trans, las creencias y el modelo heteronormativo, obstaculizan en un 80% la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería, de una institución pública de salud, de CABA en el período de setiembre - noviembre 2023.

## **5. JUSTIFICACIÓN**

En la presente investigación se describen aquellos factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería, al sujeto de atención trans. En ese sentido, es de público conocimiento la interseccionalidad (Crenshaw, 1998) que atraviesa a las personas trans desde sus respectivas dimensiones, por lo cual no es un único el factor de vulnerabilidad que las afecta, sino que son diversas líneas que conforman en definitiva el constructo cultural.

En función de esta interseccionalidad es importante reconocer cuáles son aquellos factores sociales y culturales que ofician de raíz causal en la obstaculización para la prestación de cuidados de enfermería a la población trans. La importancia de esta investigación radica en descubrir las creencias y mitos que se construyen en torno al sujeto de atención trans, a partir de los cuales surgen ideas prejuiciosas y en definitiva estereotipos que limitan el acceso a la salud y obstaculizan la prestación de cuidados al colectivo en cuestión (Berkings, 2014).

Este proyecto de investigación contribuirá sustancialmente a identificar aquellos factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados a la población trans, para eliminarlos o al menos reducirlos y mitigarlos para garantizar el acceso a la salud del colectivo social objetivo.

Es así que la principal contribución será identificación de mencionados factores para la erradicación de la discriminación y estigmatización por parte de los profesionales de enfermería al sujeto de atención trans, aumentando la calidad y cantidad de cuidado para este colectivo social, así como prevendrá obstáculos que se desprenden de estas categorías. Serán así principales destinatarios de estos beneficios en primera instancia las personas trans e indirectamente todo el colectivo de la diversidad LGBT (personas Lesbianas, personas Gay, personas Bisexuales y personas Trans).

## **6. MARCO TEÓRICO**

### **6.1 Factores socioculturales**

Si bien no hay una definición unívoca al abordar la caracterización de los factores socioculturales, la bibliografía refiere insistentes recomendaciones sobre tener consideraciones mínimas de análisis tripartito entre sí, por un lado identificar la acepción factores como componente crucial de categorización en las ciencias sociales, por otro lado la dimensión social en sí misma y finalmente cultura como determinante (Héser Eduardo, 2002).

El vocablo factor, de origen latino, tiene diferentes acepciones principalmente asociadas a las matemáticas, como una magnitud que forma parte de una operación; sin embargo para las ciencias sociales, según la Real Academia Española, puede entenderse como un elemento o una “concausa”.

Por su parte, respecto a la definición de sociedad, existen diferentes conceptualizaciones según el contexto político y el momento histórico, sin embargo, se toma el sencillo recorrido que realizó Theodor W. Adorno, quien menciona que la sociedad es en sí misma un proceso, y que desde su perspectiva del todo la influyen las normas, las leyes y las construcciones que se dan entre las personas; esto hace presuponer que la sociedad es enteramente humana, lo cual es incorrecto según este autor, ya que lo que diferencia la humanidad en el contenido social, es en sí misma la cultura. (Adorno, 2012)

Durkheim por su parte, define a lo social como todo aquello que se identifica como lo “no idéntico”, que empieza a incorporar los conceptos de otredad tal y como se conocen en la actualidad. Un otro que define al “yo”, y juntos definen el contexto, a priori sería la sinergia que conceptualizaría a la sociedad. No obstante, la antítesis de este recorrido, es Weber quien alude al principio de incomprendibilidad, dado que manifiesta que la sociología debería definir primero al incomprensible y en esa definición estará contenida la verdadera esencia de la sociedad (Héser Eduardo, 2002).

Finalmente sociedad según Adorno (2012), refiere a un todo que se construye por el otro, que no es idéntico, pero que su unidad de análisis es lo social *“pues si la sociedad no puede obtenerse por abstracción a partir de hechos particulares*

*ni aprehenderse como un factum, no hay factum social que no esté determinado por la sociedad”* (Adorno, 2012).

El interés por la “cultura” aparece desde la Antigüedad en todos aquellos textos en los que se narra el encuentro entre dos grupos culturales, sean libros de viajes o narraciones bélicas (Malinowsky, 1970). Es así que cuando se define cultura, o el “hecho cultural”, hay construcciones mucho más contemporáneas que han sorteado estas dificultades y discusiones filosóficas, tanto que Trejos (1986) dice que es clave definirla por medio de los objetos que la componen, es decir que el objeto cultural esconde también la esencia a la que evoca el término cultura. Freyer (1973) enmarca al objeto cultural en cinco categorías: útiles, formaciones, signos, formas sociales y educación. Son importantes para esta investigación los signos y formas sociales, como las representaciones que se construyen en torno a los factores de poder y preponderancia social y que constituyen a posteriori los prejuicios (sin caer en valoraciones morales). (Rodríguez & Peña, 2015).

El concepto de “cultura” surge con la Ilustración en Francia y, poco después, en Alemania, bajo los términos “*civilisation*” y “*kultur*” respectivamente. Norbert Elias (1988: 58) resume la distinción entre los dos términos: El concepto francés e inglés de “civilización” puede referirse a hechos políticos o económicos, religiosos o técnicos, morales o sociales, mientras que el concepto alemán de “cultura” se remite substancialmente a hechos espirituales, artísticos y religiosos, y muestra una tendencia manifiesta al trazar una clara línea divisoria entre los hechos de este tipo y los de carácter político, económico y social. Kumper (2001: 24) reafirma esta distinción explicando que “en la tradición francesa, se representa la civilización como un logro distintivo humano, progresivo y acumulativo” y que “la oposición ideológica más formidable vino de los intelectuales alemanes”, más preocupados por lo nacional frente a lo universal, lo emocional-espiritual frente a lo racional. Edward B. Tylor (1871: 29), autor de la primera definición antropológica de cultura, es una de las figuras claves de la historia de la antropología. Su definición de cultura es el punto de partida para la historia oficial del término: La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad (Fernando, 2005).

El ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el hombre mismo ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea. Es así como Geertz (3) afirma que "sin hombres no hay cultura por cierto, pero igualmente, y esto es más significativo, sin cultura no hay hombres" (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Sintéticamente y resumiendo esta caracterización y entendiendo la globalidad del concepto de Factores Socioculturales, se entienden como aquellos elementos o dimensiones que definen la realidad del encuentro y construcción con el otro y que contemplan las significaciones sociales, representaciones (prejuicios), creencias y costumbres, de un grupo de personas (que pueden compartir lazos como la profesión, el lugar geográfico en que viven, la consanguinidad, etcétera).

## **6.2 El cuidado**

Etimológicamente el concepto cuidado proviene del término "cuidare/curare". La palabra cuidado tiene diversos significados, el más inmediato y popular funciona como un aviso ante un peligro inminente (Pérez Porto & Ana, 2013)

El cuidado es entonces la acción que propone básicamente la preservación, la conservación y la guardia de algo o alguien, ese cuidado que alguien despliega puede estar dirigido a sí mismo, es decir, la atención y vigilancia están orientadas a cuidar de su vida, sus pertenencias o de cualquier otra cuestión que lo involucra directamente, también abarca, el cuidado que se le dedique a otro, que puede ser otro ser vivo u objeto, los que sean los destinatarios de las acciones de preservación de daños o ante la amenaza de sufrir un ataque (Pérez Porto & Ana, 2013).

Considerando el cuidado dirigido al ser humano, las medidas de cuidado están destinadas a cuidar de su salud y de su vida, tratando de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

El cuidado como tal, es algo tan primitivo como la existencia del hombre. Ya desde sus inicios las madres aplicaban el concepto de cuidado empírico casi innato a la respuesta instintiva del hombre para asegurar la supervivencia y existencia del mismo. Sin embargo, con el paso del tiempo, la profesionalización

y científicidad en torno a la acción de cuidar, le han conferido un método y un saber científico.

*“Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.”* (Gajales, 2004)

Cuidar entonces, significa preservar, guardar, conservar y asistir, lo que implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratando de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún daño (Alba Martín, 2015).

En la teoría filosófica y ciencia de la asistencia de Margaret Jean Harman Watson de 1979, se hace referencia a que el cuidado está relacionado con la curación. Las humanidades, por su parte, permiten la expansión de la mente e incrementan la capacidad de pensar y el desarrollo personal, con lo cual describe, un cuidado humanizado (Izquierdo Machín, 2015).

### **6.2.1. Cuidados de Enfermería**

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la enfermería abarca la atención autónoma, y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas sus circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (Kjeldsen, 2018)

Es por ello que los cuidados básicos de enfermería forman la base disciplinar que prioriza el conocimiento enfermero y su desarrollo investigador, donde la enfermería toma decisiones sobre todos los cuidados, dirigidos a los sujetos de atención. Se constituye entonces como el objeto de estudio de la enfermería y como valor principal de la disciplina. Más adelante se entenderá a la enfermería como el arte y la ciencia de cuidar al individuo, familia y comunidad, y acompañarlo a valerse por sí mismo, siempre que este no pueda hacerlo.

Cuidar es una actividad humana, que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (Báez Hernández, 2009). Sugiere también, que el personal de enfermería, adquiera el lugar del otro en distintas situaciones, sea en una dimensión personal o social, la vigilia, solicitud, promoción y atención, consolidan la vida de la sociedad en un contexto y que

tiene que ver con la manera de estar presente con el otro, en lo que se refiere a cuestiones de la vida y de las relaciones sociales de los ciudadanos, como el nacimiento, la promoción y la recuperación de la salud, hasta la muerte (Santos, 2015). El cuidado se considera como la esencia de la disciplina, que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (Báez Hernández, 2009).

Por lo tanto, el cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona, convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprehensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre el cuidado genérico y el cuidado enfermero, ya que es manifestada en respuestas físicas y emocionales que se reflejan en, agradecimientos recíprocos por parte de las personas y el personal de enfermería (Santos, 2015)

Comprender la importancia del cuidado enfermero, es tener una concepción ética, de tal modo que se considere la vida como un bien precioso. El cuidar debe tener una dimensión tan profunda, que refleje la necesidad real del ser humano en su totalidad e integralidad, una vez que el cuidar es posible, aunque se considere imposible la cura. Algunas veces los sujetos de atención son considerados "incurables", pero jamás dejarán de ser "*cuidables*".

Por tal motivo, el cuidado es la esencia del personal de enfermería, el cual se puede definir como, una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en una relación terapéutica.

Los cuidados por su parte, pueden clasificarse en dependientes e independientes; los primeros son aquellos que se prestan en relación a otros profesionales de la salud, o por indicación de ellos, asimismo, aquellos que se categorizan como independientes, forman parte del corpus científico de la profesión y pueden ser aplicados con la libertad profesional y la observancia técnica y científica.

*“El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería*

*comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona”* (Báez Hernández, 2009).

### **6.2.2 Teorías del Cuidado**

Jean Ladrière refiere a la teoría originalmente como una forma de saber con la cual se pretende conocer el mundo, en cuanto a totalidad y por cada una de sus partes. Sin embargo, Karl Popper las define como un conocimiento parcial de la verdad que a priori no tiene pretensión de universalidad, esto debido a que el conocimiento es cada vez más especializado (Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, 2002). De la mano de este concepto, los modelos son las representaciones prácticas de estas teorías y formas de explicarlas gráficamente.

La enfermería como disciplina cuenta con un vasto desarrollo teórico a partir de diversos modelos que se organizan en tres esquemas paradigmáticos, el de la categorización, la integración y la transformación (Martínez Pérez, 2008). Dentro del primero se pueden distinguir dos orientaciones principales, la orientada a la salud pública y la centrada en la enfermedad y unidad a la práctica médica; en consecuencia, el paradigma de la integración contemplando un avance teórico/práctico reconoce a la enfermería diferenciada de la medicina con mayor claridad y precisión, orientándose así a la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno, en el que vive y además coexiste; finalmente el paradigma de la transformación traza el camino de la identificación de conductas de riesgo, hacia hábitos saludables por medio de estrategias de intervención que permitan la adecuación a los grupos poblacionales por edades y sus respectivas características personales y grupales, contemplando las influencias micro y macrosociales como expresión de la situación social del desarrollo en un contexto determinado (Martínez Pérez, 2008).

La “teoría de los cuidados” es planteada por Kristen Swanson en el año 1991 y es allí donde la autora concibe a los cuidados como una *“forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”* (Rodríguez Campo & Valenzuela Suazo, 2012).

Retomando la conceptualización inicial sabemos que en aquello que coinciden tanto los modelos, como las teorías y paradigmas en enfermería es en que los profesionales de enfermería al prestar cuidados no deben perder de vista al individuo como ser holístico, respetando así los derechos del paciente durante el ejercicio del cuidado. *“Swanson en Wojnar plantea que independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente) Por lo tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al cliente”* (Rodríguez Campo & Valenzuela Suazo, 2012).

### **6.2.3. Cuidados de Enfermería teoría Transcultural**

Dentro de los diversos paradigmas de la Enfermería, se encuentra aquel que refiere al paradigma de la transformación y que erige como su teórica principal a Madeline Leninger, autora y desarrolladora de la “Enfermería Transcultural”. Como todo modelo de enfermería, describe su actuación por medio de un modelo simple y análogo, que es el del Sol Naciente. Este modelo define a los seres humanos, como entes que no pueden separarse de su procedencia social y cultural, así como de su entorno y concepción del mundo. Es así que delimita cuatro niveles de identificación que van desde el primero al cual se circunscribe la visión e interpretación del mundo; pasando por el segundo que proporciona información acerca de los individuos y los grupos sociales y de pertenencia; llegando al tercero donde se aprecia la cultura que lo atraviesa, el reconocimiento de la universalidad y la diversidad; y finalizando en el cuarto nivel que es el de los cuidados de enfermería (Rohrbach-Viadas, 1998).

Desde esta base cultural e intercultural, la enfermería reconoce tres modos de acción de cuidado enfermero, el de preservación y mantenimiento de los cuidados culturales; el de acomodación y negociación de los cuidados transculturales; y finalmente el de reorientación o reestructuración de los cuidados

transculturales. Así también a la hora de definir su meta-paradigma el que resuena más conforme a la necesidad de ser explicado es el de persona, donde reconoce un ser humano capaz de interesarse por el otro que lo define y lo atraviesa. Así también el de cuidado, que a pesar de ser universal, puede variar y cambiar conforme cambia la cultura (Spector, 2000).

Este modelo y teoría de la enfermería es sobre el cual tendrá basamento la estructura del presente proyecto de investigación ya que reconoce los dos elementos cruciales e inseparables de los individuos que son la cultura que lo atraviesa y la sociedad a la que pertenece, en consecuencia definirá y redefinirá una y otra vez aquellos factores que componen estas dimensiones y que obstaculizan la prestación de cuidados.

### **6.3. Género y Diversidad – Personas Trans**

Desde la concepción clásica la persona puede ser entendida como un ser que está compuesto por tres dimensiones, una biológica, otra psicológica y finalmente una social, que pueden estudiarse por separado, pero que solo pueden interpretarse y entenderse en su conjunto.

Este ser bio-psico-social está atravesado por diferentes escenarios que superan y condicionan a la dimensión biológica con la que nacen los individuos y desde la que se entiende su discriminación sexo genérica.

Por ser seres sociales, las personas construyen sus modos de ser y estar en el mundo con otras personas, por lo que la corporalidad trasciende a la dimensión biológica. Los cuerpos están atravesados por la cultura y en ese sentido, es posible diferenciar dos categorías relativas a la sexualidad humana tales como el sexo (trata de una categoría de base biológica que designa a las diferencias genéticas, físicas, anatómicas, cromosómicas y fisiológicas de los seres orgánicos diferenciando a las personas como hombres y mujeres. Por lo cual la sexualidad trasciende claramente la genitalidad. En tal sentido todos los seres humanos somos sexuados y esta condición no adviene en la pubertad, sino que comienza con la vida y muere con ella) y el género (es una categoría social y relacional que refiere a las representaciones simbólicas de lo que significa para una cultura ser varón o mujer. Abarca las formas de vestir, caminar, hablar, los gustos, sentimientos y deseos, etc. A partir de la categoría de género se construyen roles y expectativas acerca de lo que implica ser varón o mujer en un

determinado contexto social. Así es que se espera que una mujer sepa “naturalmente” cómo cuidar a una niña o niño o que un varón disfrute siempre de jugar al fútbol. Las atribuciones generalizadas de conductas, cualidades, habilidades o rasgos distintivos a una persona solo por su pertenencia a un grupo social construyen estereotipos. Estos estereotipos se organizan en base a una serie de creencias que configuran narrativas).

Por su parte, la socialización por género es el proceso mediante el cual las personas aprenden acerca del entorno en el que se desarrollan; especialmente las normas de convivencia, costumbres, modos de comunicación y manejo de los símbolos, para poder incorporarse a la sociedad y relacionarse de manera eficaz. En relación a la socialización de género, varones y mujeres experimentan procesos diferenciales.

Desde el momento en que nacemos aprendemos a ser varones y a ser mujeres conformando así nuestra identidad. (Sociedad Nacional de la Cruz Roja Argentina, 2021)

El proceso de socialización a partir del cual se constituye la masculinidad se organiza tradicionalmente en torno a tres narrativas<sup>2</sup>, por un lado, ser varón implica desenvolverse prioritariamente en el ámbito público (esta creencia asigna a los varones como tarea principal la realización de trabajo asalariado en la esfera pública y sobrecargándolo con la responsabilidad de sostener al hogar); por otro lado ser varón es igual a ser completamente autosuficiente y fuerte (este mito supone que el varón es el principal proveedor a nivel social, no solo de bienes económicos, sino también de bienes simbólicos -como la transmisión del apellido- y de bienes sexuales); y finalmente ser varón es sinónimo de belicosidad heroica (la sociedad espera que los varones prioricen la fuerza como modalidad de resolución de conflictos y cuando esto no sucede, recaen sobre el varón representaciones discriminatorias y sanciones sociales. Además, esta narrativa en ocasiones implica un claro perjuicio para los varones, ya que el prejuicio sobre su agresividad puede obstaculizar su acceso a derechos).

---

<sup>2</sup> Desde la Psicología Narrativa se plantea que las narrativas son condición ontológica para la vida. Bruner sostiene que en un mundo construido y constituido por palabras existe una relación entre la vida y los relatos acerca de ella, tornándose así las narrativas como constitutivas de la identidad humana. El motivo ingénito de una narración es la generación de significados.

Como correlato de este proceso de socialización masculino, en las sociedades occidentales el “ser mujer” se asocia tradicionalmente a “pertenecer a otra persona”. Es así que ser mujer implica desenvolverse prioritariamente en el ámbito privado (esta creencia asigna a las mujeres principalmente el trabajo del cuidado, propio de la esfera doméstica y realizada sin percibir remuneración. Con el ingreso de las mujeres al mundo del trabajo asalariado, esta creencia aumentó aún más las inequidades de género en torno al ser mujer, exponiéndola a la doble y, en algunos casos, triple- jornada laboral); también, el hecho de ser mujer es igual a ser madre (esta narrativa se basa en la idea de que existe un “instinto maternal” que al manifestarse y luego materializarse en la concreción de la maternidad le permite a la mujer realizarse como tal. Así se adscribe la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura); finalmente ser mujer es sinónimo de adoptar posiciones pasivas en relación al erotismo, en este sentido, tradicionalmente la vida sexual femenina se ha entendido en función de la procreación y no del placer (Sociedad Nacional de la Cruz Roja Argentina, 2021).

Asimismo, la definición que quizás más resuena es la de la orientación sexo-afectiva que refiere a las personas que nos atraen y con las que deseamos tener algún tipo de vínculo sexual, afectivo o sexo-afectivo. La orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual, bisexual, pansexual, sapiosexual, demisexual, etcétera (Carrillo Muñoz, 2020).

Finalmente la identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la auto-percibe y puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Es decir que la identidad de género trasciende a la corporalidad, centrándose en las certezas que tiene una persona acerca de su propio género (Ley 26743).

A partir del modo en que nos presentamos ante las otras personas, de la elección de las personas con las que nos relacionamos, de los roles que desenvolvemos en una sociedad y de las tareas y trabajos que nos son asignados, se organizan relaciones asimétricas de poder. Es decir, que dependiendo de nuestro género, nuestra identidad de género, de nuestra orientación sexo-afectiva, de nuestra edad y de si tenemos o no alguna discapacidad el lugar social que ocupamos varía. La situación de distribución desigual del poder genera inequidades, y

obstaculiza para aquellas personas que se alejan de las expectativas sociales el acceso a trabajo, a educación, a salud, a participación política.

#### **6.4. Antecedentes de obstáculos en la atención a personas trans en los servicios del sistema público de salud.**

Diversos factores han constituido a lo largo del tiempo barreras que impedían, y en algunos casos aún impiden, el acceso a los servicios de salud de personas trans. Los cambios sociales, las demandas y debate entre usuarios y profesionales, sumado a los nuevos modelos de atención sanitaria han sido el punta pie inicial para las reflexiones sobre la situación actual (Gómez-Gil, y otros, Nuevos Modelos de Atención Sanitaria para las personas transgénero, 2020).

Una investigación realizada a principios de este milenio, organiza en una tabla las principales demandas, que en si misma dan lugar a barreras y por consiguiente a la inaccesibilidad, son la patologización y autodeterminación de género tanto para tratamientos, como para la atención inicial; la descentralización de unidades y falta de homogeneidad en los circuitos para la asistencia integral; las críticas al modelo binario; el rol protagónico y empoderamiento trans, en el ejercicio de los tratamientos asignados para si mismos (Gómez-Gil, y otros, Nuevos Modelos de Atención Sanitaria para las personas transgénero, 2020).

Los profesionales del sistema sanitario, incluyeron también dentro de esta categorización, una segunda tabulación de atributos desafiantes para el acceso, entre los que identifican que las decisiones legislativas y sanitarias no están basadas en posicionamientos ideológicos; la falta de evaluaciones multidisciplinares que garantice la calidad y seguridad de los procesos de atención; la falta de participación de profesionales de la salud mental; la falta de evidencia científica y guías clínicas para la atención, entre los principales (Gómez-Gil, y otros, Nuevos Modelos de Atención Sanitaria para las personas transgénero, 2020)

#### **6.5. Factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans en el servicio de consultorios externos de una institución pública de salud.**

Los Factores Socioculturales, que según Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) se entienden como aquellos elementos o dimensiones que definen la realidad del encuentro y construcción con el otro y que contemplan las significaciones sociales, representaciones (prejuicios), creencias y costumbres, de un grupo de personas (que pueden compartir lazos como la profesión, el lugar geográfico en que viven, la consanguinidad, etcétera), establecen un vínculo bidireccional entre quien presta el cuidado, en este caso profesionales de enfermería y quien lo recibe, personas trans.

Este reconocimiento y descubrimiento del otro constituye el complejo de la otredad, se podría decir, tal como lo mencionó Sartre (1945) *“tengo en frente otro que me define, me interpela y me hace revisar mis normas morales”*. Es por ello que en ese encuentro es que el cuidado se construye, no es un objeto o bien, que alguien tiene y puede llegar a intercambiar con otra persona, sino que se construye en este vínculo bidireccional.

Esta construcción que se menciona es más bien un hecho social, es decir refiere a todo comportamiento, forma de ver, pensar, actuar y sentir exterior a la conciencia. Está presente en un grupo social, sea respetado o no, y sea compartido o no (DURKHEIM, 1961). Por ende el cuidado brindado a personas trans está atravesado directamente por la cultura de la que participa el personal de enfermería y afectado, por los creencias que tienen, por los mitos que se construyen en esa cultura y grupo, así como también por los modelos sociales (DURKHEIM, 1961), en este caso el heteronormativo, en el que han sido formados y ejercen su profesión. Brenstein (2021) por su parte, se enfoca mucho más en definir cuáles son las “narrativas” de los profesionales de salud que se convierten como verdaderos obstáculos que no solo imposibilitan el acceso a la prestación de cuidados, sino que inhibe un derecho esencial de las personas, que es la salud.

Finalmente se debe reconocer que un equipo profesional de enfermería, por mucho que se esfuerce en establecer el velo de la objetividad, no deja de ser un grupo social (DURKHEIM, 1961) y por ello es que como principales factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería podría a simple vista identificarse las creencias del personal, los mitos a la luz de las mismas y el sistema general que los contiene,

que es el heteronormativo. Todos estos puntos son elementos constitutivos del cúmulo de factores socioculturales (Carrillo Muñoz, 2020).

### **6.5.1 Los Mitos como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a profesionales de enfermería a sujetos de atención trans.**

Las representaciones sociales forman parte de los procesos de categorización a través de los cuales el grupo (social) organiza y sistematiza en un esquema coherente el conjunto de datos, informaciones, percepciones, etcétera, que recibe (el sujeto). En consecuencia, Jodelet plantea que, dentro de las funciones sociales que cumple la representación, está la de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones sociales y las comunicaciones sociales.

Es decir que, según la teoría de las representaciones sociales, las creencias son un intento individual y colectivo por comprender, controlar y mantener no solo el entorno que les rodea sino también el propio ambiente interno de cada individuo; las creencias surgen y evolucionan de la interacción social de los individuos; y Jodelet afirma que es importante conocerlas "porque para entender cómo la gente actúa en su vida, hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo". Aunque esta autora reconoce que entre las representaciones y las prácticas no hay una relación lineal y sencilla y que por lo tanto merece ser objeto de estudio.

Por otra parte, el sociólogo Roberto Castro, en su análisis de la lógica de una de las creencias tradicionales en salud en México, afirma que "las creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y que generalmente son llamadas supersticiones". Y aunque, con frecuencia, los profesionales del cuidado de la salud descalifican estas supersticiones o creencias, ubicándolas en el plano de los mitos, Levi-Strauss afirma que "el hombre ha pensado siempre igualmente bien", puesto que la lógica de los mitos y de la ciencia contemporánea son semejantes (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Es así como las representaciones sociales son construcciones totalitarias que se dan en torno a ideas y forman los mitos o prejuicios sobre colectivos particulares. Estos prejuicios, generan enfoques o formas de ver y percibir la realidad, de una única manera, sin flexibilizarse a entender que hay otras formas de aprender y desaprender la realidad. En consecuencia, un mito genera un prejuicio, y este a

su vez genera un estereotipo de persona; que derivan finalmente en discriminación negativa.

En función de lo anteriormente mencionado, existen dos tipos de discriminación, por un lado, la positiva que le brinda a una persona o grupo social algo en pos de igualar derechos; o bien la discriminación negativa que proporciona o quita algo, en función de las relaciones de poder, pero que perjudica la individuo.

Los mitos en muchos casos también, son construcciones de base científica, que aunque los descubrimientos e investigaciones avancen y cambien la perspectiva con el paso del tiempo, la idea generalizada que en algún momento se sostuvo, trasciende a la temporalidad. Uno de estos casos es el de la transexualidad, ya que recién en el 2012 después de casi un siglo logró sacarse del Manual de Diagnósticos de Salud Mental (DMS, por sus siglas en inglés), ya que hasta la quinta edición figuraba como un trastorno.

Uno de los ejemplos más recientes sobre prejuicios en torno a la población trans, es aquel que los y las identifica como personas combativas y problemáticas. Esto se asocia a la habitualidad en el ejercicio del trabajo sexual, y muchas veces evita que enfermeros y profesionales de la salud accedan sin problemas a prestarles cuidados (Fundación Huésped, 2017).

### **6.5.2 Indicadores sobre los Mitos sobre la población trans que obstaculizan la prestación de cuidados**

Si bien muchas construcciones de mitos, surgen y se solidifican casi como construcciones científicas, que se arraigan a lo largo del paso del tiempo y a su vez la generalización sobre personas o un colectivo social, trasciende y se vuelve atemporal, es importante que sean tomados en cuenta, ya que las personas viven, actúan y sobre todo se relacionan con otros, a la luz de cómo se concibe el mundo y la fuerza de los mitos, que en definitiva le permitieron socializar (OPS, 2011). En este sentido el mito, que no debe tomarse en términos peyorativos únicamente, deriva en preconcepciones y creaciones de estereotipos que nos permitirán desde las edades más jóvenes, relacionarnos y proteger el estima de sí; sin embargo cuando su concepción atraviesa la práctica profesional, puede derivar en prácticas de discriminación y/o segregación.

En este sentido, se considera en muchas oportunidades que las personas trans son combativas y problemáticas, por ende el personal de enfermería evita

asistirlas para no tener que intervenir en problemas, en conflictos e incluso para evitar tomarse el tiempo con alguien que previamente se contempla puede traer aparejada una discusión. En muchas oportunidades se justifica esto, pensando que las personas trans, han atravesado tantas dificultades sociales y familiares que han “aprendido a ser así”. Sin embargo esta generalización, no solo es falaz, sino que también estigmatizante.

Por otro lado, es común que se piense que las personas trans tienen un trastorno mental. Esto se sustenta en que hasta la década del 80 la transexualidad aparecía en el Manual de Diagnósticos de Salud Mental (DSM por sus siglas en inglés). Estaba asociado en gran medida a la disforia de género y a la distorsión en la estima de sí, por el bajo reconocimiento y aceptación de la corporalidad. Sin embargo es que hasta entonces no se tenía en cuenta al género como una categoría de construcción.

Por último, un mito generalizado, que ha sido expuesto de esta forma en muchos medios de comunicación es que todas las personas trans han sido abusadas, y que la base de su construcción trans se asocia directamente a este evento traumático (Fundación Huésped, 2017).

### **6.5.3 Creencia en los profesionales de enfermería como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans**

Otro componente definitivo, es la construcción de creencias que manifiestan los profesionales de enfermería. Estas creencias, sin duda pueden constituir sistemas que obstaculicen la prestación de cuidados a sujetos de atención trans, ya que las mismas esconden prácticas (en muchos casos discriminatorias) y valoraciones morales, que derivan en “grillas de valores” que definen el accionar normal y profesional de las personas. Castro también considera que las creencias no siempre son iguales en los distintos grupos sociales, sostiene que las creencias tienen su propia lógica y coherencia y que allí radica su fuerza. Además, afirma que esta fuerza lógica de las creencias coexiste con la capacidad de los individuos de evaluarlas y de decidir el grado y la forma en que se adscriben a ellas. Un elemento importante que aparece con este autor es que permite la posibilidad de que la adscripción a las creencias sea gradual y que los

individuos lo hagan de forma diferente entre ellos, lo cual es común observar en nuestra vida diaria (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Otro planteamiento interesante es considerar las creencias como conductas humanas. Según Moreno y Gil, Dougher (1995) afirma que las creencias, desde el punto de vista cognoscitivo, son entidades que no son observables directamente, pero que se infieren de las relaciones observadas entre eventos del ambiente y conductuales. Así, desde la perspectiva funcional, Moreno y Gil proponen una definición de las creencias de salud como "conductas verbales" que "han adquirido a lo largo de la historia conductual del sujeto funciones de control sobre otras conductas, tanto verbales como no verbales".

En la enfermería transcultural, Purnell y Paulanka plantean que una creencia es algo que es aceptado como verdad, especialmente como un principio o un cuerpo de principios aceptados por la gente en un grupo etnocultural. Las creencias no tienen que ser demostradas, ellas son inconscientemente aceptadas como verdaderas. Agregan que las creencias pueden ser prescriptivas: "aquellas sobre lo que se debe hacer para tener armonía con la familia y un buen resultado en la sociedad"; creencias restrictivas: "hacen relación a las cosas que no deben hacer para tener resultados positivos", y creencias tabú: "son las creencias sobre aquellas cosas que si se hacen, es probable que causen gran preocupación o resultados negativos para el sujeto, la familia o la comunidad". Los autores brindan los siguientes ejemplos sobre cada uno de los tipos de creencias (creencia restrictiva en América es que las mujeres embarazadas deben abstenerse de estar alrededor de los ruidos fuertes por periodos prolongados; una creencia prescriptiva entre los americanos es que se espera que las embarazadas busquen cuidado preventivo, una dieta balanceada y tomar un adecuado descanso para tener un embarazo y un bebe saludables; una creencia tabú entre algunas poblaciones es que la embarazada no debe alcanzar cosas por encima de su cabeza porque el bebé puede nacer con el cordón umbilical alrededor de su cuello).

En síntesis, las creencias se originan en la interacción social cotidiana, la cual propicia en las personas una manera particular de entender el mundo que las rodea así como su propio mundo interno. Es decir, son representaciones sociales que pretenden integrar lo individual y lo social. Estas representaciones están cargadas de información cualitativa y cuantitativa de la realidad que puede ir

desde la más estereotipada hasta la más original. Y dichas representaciones cumplen la función social de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones y las comunicaciones sociales. Con frecuencia las creencias se denominan supersticiones que, por ubicarse en el plano de lo mitológico, son menospreciadas (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Las creencias sobre el cuidado de la salud pueden considerarse desde las ideas que las personas aceptan y expresan sobre cómo conservan o recuperan su salud o como conductas verbales que las personas expresan. Las creencias emergen y evolucionan dentro del contexto social del individuo, pero es de esperarse que cada persona elabore, acepte, conserve y utilice un repertorio propio de creencias de cuidado de la salud, que dependerá, también, de su posición social. Además las creencias de una persona o de un grupo social no son estáticas, pueden cambiar parcial o totalmente a través del tiempo dentro de una misma cultura o entre culturas.

No hay que olvidar que las creencias se dinamizan por una poderosa fuerza interna que las materializa ("las lleva a la práctica"): la fe de las personas. Definitivamente las creencias son algo distinto de aquello que conocemos o sabemos (o que creemos saber o conocer) sobre algo. Aunque alguien no pueda explicar la lógica de aquello que acepta como verdad, o aunque no posea muchos conocimientos al respecto, la fe en aquello que cree lo lleva a actuar en consecuencia, aun reconociendo que el carácter dinámico y flexible de las creencias (y de los seres humanos) no permite predecir las prácticas. Y cuando no se actúa consecuentemente con aquello que creemos, se experimentan distintos grados de malestar o incertidumbre.

Así, cabe a un cuidador preguntarse: ¿puede una persona ajustarse a un tratamiento (práctica de cuidado) en el que no cree, no tiene fe o cree que le ocasionará efectos negativos para su salud? Y si lo hace, ¿por cuánto tiempo? Es pertinente conocer las creencias que sobre el cuidado de la salud tiene la persona bajo nuestro cuidado, pues el esfuerzo por brindar un cuidado culturalmente congruente evitará conductas etnocentristas en los cuidadores, favorecerá una mayor comodidad y aceptación en las personas y logrará mayor efectividad en el arte de cuidar (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Finalmente, cabe destacar que como una categoría aparte, las creencias religiosas son la expresión de la creencia humana de lo sagrado y tienen la

función ontológica esencial de dotar de realidad y de forma el mundo de lo profano (Ardebol Piera & Munilla Cabrillana, 2003). Así es que el catolicismo como religión oficial en Argentina, se opone al matrimonio y por ende a la constitución familiar de personas trans; fundamentado en que la unión familiar tiene por finalidad la pro-creación, en tanto personas que no puedan hacerlo “naturalmente”, no deberían estar unidas en matrimonio.

#### **6.5.4 Indicadores sobre las creencias de los profesionales de enfermería que como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans.**

Las creencias son sistemas que se construyen de manera sociocultural pero que terminan de definirse hacia el interior de la individualidad de cada persona. En este sentido, las creencias son dinámicas y cada una conserva su coherencia y su lógica, que es en dónde radica la fuerza de las mismas (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008). Así la prestación de cuidados de enfermería para el sujeto de atención trans, se da en torno a las creencias generalizadas del personal, que puede no tener la misma intensidad entre todo el grupo de profesionales e incluso puede no replicarse en otros nosocomios, e incluso en otros servicios del mismo centro asistencial, y de aquí se desprende el dinamismo (Melguizo Herrera & Alzate Posada, 2008).

Sin embargo, las creencias no pueden ser estudiadas o percibidas por si mismas sino que se infieren de las relaciones observadas entre eventos del ambiente y conductuales (Purnell, 1999). Por ello es que en la aplicación del cuidado se pueden vislumbrar las creencias del personal de enfermería y cómo estas, obstaculizan la prestación del mismo a personas trans.

La visión de la función reproductiva estimula en gran medida a los profesionales de enfermería a pensar que las personas trans están viviendo bajo normas inmorales y he aquí un gran obstáculo a la hora de brindarles cuidado, ya que si contemplamos que la unión de personas se justifica en la capacidad de reproducción, quedan por fuera de esta categoría las personas trans.

Por otro lado, las creencias de tinte religioso son expresión de la conjunción humana de lo sagrado y tienen la función ontológica esencial de dotar de realidad y de forma el mundo de lo profano (Ardebol Piera & Munilla Cabrillana, 2003), por ello es que estas creencias se dinamizan por una poderosa fuerza interna

que las materializa es decir la fe. Dos creencias complejas más, surgen en torno a las personas trans y se dotan de fe, que son por un lado la idea de que no pueden contraer matrimonio; y por otro lado la creencia de que las personas trans viven en pecado y por ello son inmorales.

#### **6.5.5 Modelo Heteronormativo como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans**

El sistema de atención sanitaria en Argentina y el mundo, fue constituido a la luz del modelo médico-hegemónico, que durante mucho tiempo planteó la supremacía de la palabra y el intelecto médico por encima del resto de los profesionales. Pero no solamente eso, sino que también definió durante largos períodos históricos, la vinculación asimétrica de poder entre varones y mujeres que prestaban y recibían cuidados. Así también la relevancia de la palabra de un hombre profesional, por encima que la de una mujer; y por qué no, la premura de asistencia de un varón por encima de una mujer.

Hablar del modelo médico hegemónico trae consigo inmiscuida la heteronormatividad. Este un término acuñado por Michael Warner (1993) que hace referencia al conjunto de las relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura las relaciones heterosexuales idealizadas que se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano (Michael, 1993). Del modelo heteronormado, se desprende la idea de binarismo sexo genérico y la coincidencia entre sexo y género, es decir que aquellas personas que su genitalidad indica que es mujer, su sexualidad deberá corresponderse y así también su género, aunque la ciencia logró demostrar que no existe tal linealidad.

El heterosexismo configura un sistema de identidad en donde se polariza “el heterosexual versus los otros” (algo que ha atrapado el habla popular cuando se dice “es de los otros” para referirse precisamente a los homosexuales o cualquier persona del colectivo LGBT), que coloca en el plano simbólico la heterosexualidad como la identidad central, única, normal, natural, completa, absoluta del ser, al grado de que ni siquiera tienen que decir su nombre (¿cuántos varones o mujeres van por la vida diciendo “soy heterosexual”?). Al utilizar la expresión diversidad sexual para referirnos sólo a unos grupos particulares, los “no heterosexuales”, estamos actualizando en un lenguaje

eufemizado y sanizado las dicotomías adentro-fuera, centro-periferia, uno-otro, completo-carente, del heterosexismo (Núñez, 2016)

Avanzando en este razonamiento sobre la centralidad de la heterosexualidad como norma, tomo también la definición de etnocentrismo que hace especialmente cuando se refiere a que consiste en el “hecho de elevar, indebidamente, a la categoría de universales los valores de la sociedad a la que yo pertenezco”. Acorde con lo anterior, al reflexionar sobre el etnocentrismo escolar y sexualidad, me refiero a la postura que toma el estudiantado, el personal docente y las autoridades educativas frente a las identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. Al ser miradas como la otredad de la heterosexualidad -y sin tomar en cuenta que esta forma parte de la diversidad sexual-, se reproduce y legitima la heteronormatividad en la cotidianeidad de la vida escolar (Galindo, 2021). Según Galindo (2021) esta realidad se puede traducir a las organizaciones que constituyen la sociedad y que son facilitadoras de derecho, entre ellas la salud.

Por último, un modelo entendido como forma de pensar y concebir el mundo, no deja lugar a las disidencias o bien diversidades que están por fuera de ese modelo y que no encajan con los estereotipos pautados. Por ello, una persona trans rompería la regla, desestabilizaría la norma.

#### **6.5.6 Indicadores acerca del modelo Heteronormativo como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados a la población trans**

El modelo heteronormativo según Warner (1993) trae en su bagaje “narrativas” que son en definitiva los estereotipos a los que tienen que responder las personas que han sido construidas bajo ese modelo y que buscarán a posteriori transferir esto a cualquier colectivo social con el que se relacionen. Esto es lo que se establece como normal, en términos estadísticos y sin hacer juicios de valor, es decir que tendremos a priori en una sociedad mayoritariamente personas hétero-cis y todo lo que escape de esto será “anormal”, es decir quedará fuera de la norma. Sin embargo, la narrativa no termina allí, sino que en un segundo plano se carga de valor moral por lo que se definirá a lo “anormal” como malo, como oscuro, e inmoral.

Durante la prestación de cuidados, en muchas oportunidades la práctica misma se ve soslayada por este modelo y recae en prácticas discriminatorias y segregativas sobre la población trans, convirtiéndose en un gran obstáculo para que esta comunidad recurra a un centro asistencial, permanezca en un tratamiento o bien confíe en el profesional que le brinda el cuidado. Como el modelo heteronormativo propone una visión binaria del género, solo existen dos posibilidades masculino o femenino; así también al establecer una linealidad entre el sexo asignado al nacer con el género, sencillamente el modelo no permite para un varón otras interpretaciones, construcciones o expresiones del género, por tanto un varón puede ser llamado con el pronombre él y una mujer con el pronombre ella, sin permitir otras opciones.

Así también ocurre con la documentación, por ejemplo historias clínicas que no cuentan con la opción no binaria u otras, en la identificación de género.

Finalmente la narrativa por excelencia es la que establece una correlación entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género, es decir que para aquellos varones cuya genitalidad corresponde a la de varón (pene), necesariamente se construirán con el género masculino, y a la inversa para las mujeres. Este último es un gran obstáculo para la prestación de cuidados, ya que no permite al personal de enfermería planificar la prestación de los mismos, acorde a los sentimientos, emociones y construcciones de las personas; ya que no hay una regla única de cuidados, estos también están atravesados por la individualidad de cada paciente, de cada enfermero o enfermera y el ambiente en el que se da.

#### **6.6. Reconocimiento del acceso a la salud de personas trans en la Ley 26743**

En mayo del 2012 el congreso de la nación sancionó la “Ley de Identidad de Género” N° 26743 que resultó un gran paso para el reconocimiento de los derechos hacia un colectivo. La misma establece que se respete la identidad de género autopercebido, por ende cualquier persona tiene derecho a que se corrija la partida de nacimiento manifestando su voluntad.

Los menores de 18 lo deben hacer con autorización de los padres, también se debe tener en cuenta la Convención sobre Derechos del Niño y la ley N° 26.061 sobre protección integral de niños y niñas adolescentes; este trámite no requiere

intervención quirúrgica por reasignación de sexo, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico.

La ley también garantiza el acceso integral a la salud en el caso de que la persona decida modificar su cuerpo tras adecuarla a la expresión genérica autopercibida sin ningún tipo de autorización ya sea médicas, judiciales o administrativas

La legislación Argentina no solicitará pericias y diagnósticos psiquiátricos o trámites judiciales ni administrativos, para los cambios registrales ni tampoco el acceso pleno a la salud. La norma fomenta la reducción de la desigualdad, a diferencia de otras leyes pioneras como la española que exige diagnóstico psiquiátricos para el acceso a operaciones de reasignación sexual. La ley obtenida constituye una norma reparadora que tiene como objetivo terminar con la discriminación, cumplir con los derechos constitucionales que asisten a las personas como sujetos de derecho; y demostrar así la voluntad política existente para garantizar la inclusión, la igualdad y la diversidad.

Si bien la Ley de Identidad de Género constituye uno de los grandes avances en materia de igualdad de derechos del reconocimiento de la diversidad sexual y de la inclusión de todos; el proceso de deconstrucción de los prejuicios y la discriminación en torno al género y la sexualidad requiere de políticas públicas integrales, al acceso a la vivienda, al pleno empleo, a la educación y a la salud. Los medios de comunicación también deben contribuir al cambio asumiendo el rol social que ocupan y que les corresponde, colaborando para desarmar los prejuicios y etiquetamientos que una cultura machista ha instalado exitosamente en el imaginario colectivo, y deconstruyendo un lenguaje que todo este tiempo ha dado cuenta de una hegemonía heterosexista frente a la diversidad sexual (Fundación Huésped, 2017).

### **6.7. La atención en salud de las personas trans en Argentina**

Luego de un largo proceso de demanda por parte de organizaciones activistas trans<sup>3</sup> y de la diversidad sexual, el 9 de mayo de 2012 se aprobó en nuestro país la Ley de Identidad de Género (Ley N°26.743- en adelante LIG), que permite realizar los cambios registrales de sexo y nombre a través de un trámite

---

<sup>3</sup> La categoría personas trans incluye de forma amplia a aquellas que no se identifican con el sexo asignado al momento del nacimiento, como pueden ser travestis, transexuales, transgénero, varones trans, mujeres trans, entre otras. Del mismo modo, con personas cis me refiero a aquellas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer.

administrativo sin necesidad de intervención judicial ni diagnósticos médicos ni psiquiátricos, para que coincidan con la identidad auto percibida. La ley define a la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente”, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otra expresión de género.

Esto implicó un cambio de paradigma en la forma de gobernar la transexualidad, ya que deroga la Ley N° 18.248/68 (“Ley del Nombre”) que establecía que para modificar el nombre de la partida de nacimiento era necesario probar la existencia de un “justo motivo” frente a un juez; y la Ley N°17.132 de “Ejercicio de la Medicina”, que prohibía cualquier intervención quirúrgica que modifique la genitalidad, excepto que estuviese autorizado por una orden judicial. Antes de su sanción, hasta 1997 todas las solicitudes habían sido rechazadas y a partir de ese momento fueron obtenidas a partir de diagnósticos psiquiátricos, que requerían exámenes médicos y psicológicos. Exigían, además, la realización de la cirugía de reasignación sexual en general realizada clandestinamente o en el exterior, o el compromiso de realizarla (Farji Neer 2013, Farji Neer y Mines 2014). La ley que finalmente se aprobó fue considerada de avanzada en el mundo por su perspectiva desjudicializante y despatologizante, ya que las definiciones acerca de la identidad de género dejaron de depender de jueces o de profesionales de la salud. Se incorporó así la noción de la identidad de género como un derecho humano universal, en línea con lo establecido por los principios de Yogyakarta<sup>4</sup>. La ley estableció la obligatoriedad del trato digno: en todos los ámbitos, públicos o privados, debe respetarse el nombre y el género autopercibido de las personas tanto en el trato como en los registros, independientemente de lo que figure en sus documentos o de su expresión de género. El artículo 11 reconoció el derecho al goce de la salud integral y, con este fin, se incluyeron en el Plan Médico Obligatorio los tratamientos hormonales y quirúrgicos sin autorización judicial, estableciendo que se realizaran gratuitamente en hospitales y la cobertura de obras sociales y prepagas. La atención médica especializada se reconoció entonces como un derecho, es decir, ya no como respuesta a un diagnóstico sino desde el reconocimiento de la

---

<sup>4</sup> Principios de Yogyakarta (2007): Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en [www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_sp.pdf](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf)

identidad y la expresión de género. Este artículo se reglamentó recién tres años más tarde, en 2015, y como parte del proceso de implementación comenzaron a elaborarse guías y recomendaciones para equipos e instituciones sanitarias. Entre ellas se destaca la Guía para Equipos de Salud para la atención integral de la salud de las personas trans elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 (actualizada en 2020). Este material fue elaborado en conjunto con equipos de salud, profesionales de distintas disciplinas y organizaciones y activistas de Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer (LGBTIQ+) con el objetivo de “ofrecer herramientas concretas para que los equipos de salud puedan brindar a las personas trans un trato digno y una atención integral y de calidad” (2016). En los últimos años surgieron investigaciones que se centraron en el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario, poniendo el foco en las experiencias y estrategias desplegadas por las personas trans y los grupos activistas en su tránsito por el sistema de salud (CUTULI & FARJI NEER, 2018)), y en las narrativas desplegadas por los profesionales en los procesos de atención (Berenstein, 2021).

Los resultados de estas investigaciones identificaron los principales obstáculos para la atención de las personas trans: los tiempos de espera (Ortega et al 2017), la falta de información o conocimiento por parte de agentes de salud, los sistemas de turnos que muchas veces impiden el acceso a determinadas prácticas (por ejemplo, que no permiten dar turnos para ginecología a varones), la vigencia de requisitos de diagnósticos psicopatológicos y en ocasiones la falta de recursos o insumos. Algunos trabajos recientes vinculan estos obstáculos con la persistencia de miradas y prácticas cissexistas, es decir, que consideran a las personas trans como menos verdaderas o válidas que las personas cis, y esto se forma a raíz de los mitos y representaciones en torno a personas trans, que a su vez tienen su génesis en las creencias del personal de salud (Fernández 2019, Millet 2021). Según Cutuli y Farji Neer, el principal obstáculo en la implementación del artículo 11 de la LIG en el periodo 2014-2016 fue la “inexistencia de un programa estatal que coordine y sostenga dichas iniciativas y que promueva tanto la conformación de nuevos equipos como el cumplimiento del contenido de la Ley en toda dependencia de salud”. Dada esta vacancia, tomaron un lugar central los vínculos y estrategias desplegadas por grupos

activistas, personas trans y profesionales y trabajadores de la salud. Entre éstas se destaca el apoyo y promoción de los “consultorios amigables para la diversidad sexual”, a veces llamados también “consultorios inclusivos” o directamente consultorios “de diversidad”. Estos espacios son definidos como “aquellos servicios y/o grupos de profesionales de la salud “sensibles” a la problemática de las personas trans, tienen horarios de atención específicos y profesionales con cierta capacitación y experiencia en tratar las necesidades de estas personas” (CUTULI & FARJI NEER, 2018).

Comenzaron a funcionar a partir del año 2010, a partir de una iniciativa de Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en conjunto con el Fondo para los Pueblos de Naciones Unidas (PNUD), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la agencia de la Organización de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA), entre las principales (Weller, 2013), como parte de una política de prevención y atención de VIH focalizada en la población LBGT+. Sin embargo, estos dispositivos se fueron ampliando más allá del trabajo con VIH y otras ETS, e incluyeron otras prácticas como los tratamientos de modificación corporal para personas trans, atención en salud mental, trabajo social, actividades grupales.

### **6.7.1 Formación del profesional sanitario orientada a la asistencia de personas trans**

Los profesionales sanitarios no están formados en el trato, abordaje, tratamiento y seguimiento de las personas trans (Gómez-Gil, Esteva de Antonio, Fernández Rodríguez, & (3), 2020). Además de los retrasos en el conocimiento sobre la exploración urológica, ginecológica y mamaria de carácter preventivo o de seguimiento de los implantes. Otras formas en las que se manifiesta esta falta de conocimiento por parte de los profesionales es el uso de pronombres incorrectos, no preguntar la preferencia de las personas, utilizar un lenguaje binario, realizar preguntas para resolver curiosidades de carácter personal o una tendencia a la homogeneización en el trato distanciándose de la atención centrada en la persona. Esta deficiencia de conocimiento también es notoria en el personal administrativo, siendo este el primer contacto público al llegar a una institución sanitaria. La falta de conocimiento de los proveedores obliga a algunas personas del colectivo trans a realizar un esfuerzo para orientar a los

profesionales en el uso de los pronombres correctos o señalar centros a los que se puede acudir para una formación (Gaceta Sanitaria, 2019).

La causalidad que se le atribuye a la falta de formación de los profesionales es la escasa presencia en esta materia en los planes formativos. No obstante, en el trabajo de Stroumsa (2015), en el que busca una relación entre la educación y la transfobia entre los proveedores de salud, se encontró que la mitad de los participantes habían recibido algún tipo de formación (formal o informal) y que tener dicha formación o más horas de formación acumuladas no estaba relacionada con tener menos índices de transfobia. Sugiere que la educación puede suplir el déficit de conocimientos de los profesionales, pero no garantiza que ayude a reducir o eliminar la transfobia de la atención y que esta requiera un análisis más profundo (Gaceta Sanitaria, 2019).

La comodidad percibida con los profesionales se ha visto que tiene una relación positiva con la salud física y mental, si la persona comparte aspectos relacionados con su identidad de género, existe mayor sensación de confort con el profesional y se tiene menos resistencias a asistir al médico. Por el contrario, aproximadamente la mitad de las personas transgénero expresa que en algún momento han sido víctimas de discriminación negándoles la atención, es decir, una buena alianza terapéutica con los profesionales supondría una mejora en la salud de las personas transgénero. Las interacciones positivas promueven la toma de decisiones que promueven la buena salud, por el contrario, las actitudes identificadas como discriminatorias durante la atención sanitaria se experimentaron con angustia y vergüenza (Carrillo Muñoz, 2020).

## **7. MARCO METODOLÓGICO**

### **7.1 Definición Nominal de las variables**

Según Melguizo Herrera y Alzate Posada (2008) los Factores Socioculturales, se entienden como aquellos elementos o dimensiones que definen la realidad del encuentro y construcción con el otro y que contemplan las significaciones sociales, representaciones (prejuicios), creencias y costumbres, de un grupo de personas (que pueden compartir lazos como la profesión, el lugar geográfico en que viven, la consanguinidad, etcétera).

Según Pérez Porto y Ana (2013) el cuidado es entonces la acción que propone básicamente la preservación, la conservación y la guardia de algo o alguien, ese cuidado que alguien despliega puede estar dirigido a sí mismo, es decir, la atención y vigilancia están orientadas a cuidar de su vida, sus pertenencias o de cualquier otra cuestión que lo involucra directamente, también abarca, el cuidado que se le dedique a otro, que puede ser otro ser vivo u objeto, los que sean los destinatarios de las acciones de preservación de daños o ante la amenaza de sufrir un ataque.

Trans es el adjetivo utilizado como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer (OPS, 2011).

Los mitos o prejuicios sociales son construcciones totalitarias que se dan en torno a ideas generalizadas a partir representaciones sociales. Estos prejuicios, generan enfoques o formas de ver y percibir la realidad, de una única manera, sin flexibilizarse a entender que hay otras formas de aprender y desaprender la realidad. En consecuencia, un mito es un generador de prejuicios (Fundación Huésped, 2017).

Según Piera y Cabrillana (2003) Las creencias religiosas son la expresión de la creencia humana de lo sagrado y tienen la función ontológica esencial de dotar de realidad y de forma el mundo de lo profano.

Según Michael Warner la heteronormatividad es el conjunto de relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura y las relaciones heterosexuales idealizadas se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano.

### **7.1.1 Definición Operacional**

Para el presente proyecto de investigación, se considera que los factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio de consultorios externos de clínica médica de una institución pública de salud, son los mitos en torno a la comunidad trans, las creencias religiosas de los profesionales de enfermería y el modelo heteronormativo.

### 7.1.2 Cuadro de operacionalización de las variables

Variable compleja en estudio	Dimensiones de las variables	indicadores
Factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería al sujeto de atención trans que asisten al servicio de consultorios externos de clínica médica de una institución pública de salud.	Los Mitos como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería al sujeto de atención trans.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas trans son combativas y problemáticas.</li> <li>- Todas las personas trans tienen trastornos mentales.</li> <li>- Todas las personas trans han sido abusadas sexualmente.</li> </ul>
	Creencias religiosas de los y las profesionales de enfermería como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados al sujeto de atención trans que asiste al servicio de consultorios externos de clínica médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visión de la función reproductiva.</li> <li>- Las personas trans no deben contraer matrimonio.</li> <li>- Las personas trans viven en pecado, por ello son inmorales.</li> </ul>
	Modelo Heteronormativo como factor sociocultural que obstaculiza la prestación de cuidados al sujeto de atención trans que asiste al servicio de consultorios externos de clínica médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilización de pronombres correctos.</li> <li>- Identificación No Binaria en Historia clínica y otros documentos.</li> <li>- Correlación entre sexo asignado al</li> </ul>

		nacer e identidad de género.
--	--	------------------------------

## **7.2 Método y técnica**

### **7.2.1 Tipo de estudio**

Este proyecto de investigación se encuentra en el orden de un estudio de enfoque cuantitativo que dará la posibilidad de la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el correspondiente análisis estadístico, que tendrá a finalidad de establecer pautas de comportamiento y probar teorías propuestas en el presente trabajo; su alcance descriptivo, permitirá la búsqueda específica de cada una de las características y perfiles más importantes de un grupo de personas sometidas a un análisis; de corte transversal, que buscará recolectar datos en un tiempo específico y único, para así brindar descripciones de las variables y analizar la incidencia e interrelación entre ellas. Conforme con el momento en que ocurrió el fenómeno y su registro es un estudio prospectivo ya que la información se fue registrando en la medida que fueron ocurriendo los hechos programados para observar. Asimismo, es un estudio tipo no experimental, ya que es realizado sin la manipulación de las variables y en los que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (Hernández Sampieri, 2014).

### **7.2.2 Población y muestra**

Hernández Sampieri (2013) entiende la población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas situaciones; y a su vez el primer paso para poder constituir la, es definir la unidad de análisis como parte constitutiva de esta. En este caso, la unidad de análisis será cada uno de los profesionales de enfermería que trabajan en un servicio de CECM de una institución pública de salud en CABA. Por lo tanto, en este proyecto de investigación la población objetivo, es accesible y finita, y por este motivo no se tomará muestra.

Los criterios que permitirán reducir la heterogeneidad de la población en estudio, conformada por los profesionales de enfermería que trabajan en un Servicio de Clínica Médica, en el área de consultorios externos de una institución pública de salud en CABA, tendrán como criterios de inclusión a todos los profesionales de

enfermería, que al menos tengan 1 año de experiencia en el servicio, de participación voluntaria y que desee colaborar.

Los criterios de exclusión se consideran aquellos profesionales de enfermería, que tengan menos de 1 año de experiencia en el servicio, que cursen algún tipo de licencia y aquellos que de forma manifiesta no quieran participar.

### **7.2.3 Técnicas y herramientas de recolección de datos**

Para el presente trabajo de investigación, como técnica de recolección de datos se utilizará una encuesta, ya que se pretende conocer hechos específicos sobre la población que se investiga. Para poder aplicarla, el instrumento seleccionado a los fines prácticos y que podrán ayudar a desenvolver con mayor agilidad al personal sin entorpecer sus tareas diarias, es un “formulario Google”, constituido por preguntas cerradas de selección simple. Esto ayudará a minimizar las desviaciones de las respuestas y en su estructura quedarán registradas las respuestas que aportará la población objetivo.

A la hora de medir los resultados, se aplicará una escala nominal, que ayudará a expresar la cualidad o atributo de las variables que se midieron, con la respectiva codificación de las respuestas, conforme las preguntas realizadas en la encuesta.

### **7.2.4 Plan de análisis de los datos: Matriz de Datos**

Se realizará una matriz sobre los datos de los profesionales de enfermería del servicio de consultorios externos, que trabajan en los turnos mañana, y tarde. En ellos se reflejará también, la distribución, cantidad y ordenamiento de los y las profesionales por turno. Esta tabla permitirá ordenar los datos para facilitar su legibilidad e interpretación. (Ver tabla en Anexo N°2).

### **7.2.5 Cuadro de ponderación de resultados**

A partir del cuestionario que se utilizará como herramienta de recolección de datos, podrá asignársele un valor 2 para las respuestas “SI”, categorizando como factor obstaculizador, un valor de 1 para las respuestas “NO”, categorizando factor no obstaculizador para el acceso a la salud de personas trans.

La herramienta antes mencionada, cuenta con 9 preguntas, por lo tanto si el valor para los factores que obstaculizan el acceso a la salud es 2, el valor máximo será

18, y el valor mínimo para los factores que no obstaculizan el acceso a la salud a sujetos de atención trans sería 9 (Ver tabla de ponderación de datos en Anexo N°3).

Los datos obtenidos de las codificaciones del cuestionario, serán volcados en una tabla de distribución de frecuencias, a través de la cual se logrará ordenar el número de profesionales de enfermería que pertenecen a cada categoría antes mencionada.

A posteriori, los datos serán presentados en gráficos. En este proyecto de investigación, se utilizarán gráficos de sector circular, que permitirán indicar el área proporcional a la frecuencia con que se presenta cada categoría. (Ver tablas y gráficos en Anexo N°4).

La totalidad de resultados arrojará un porcentaje, que evidenciará la presencia de los factores socioculturales anteriormente mencionados en el proyecto de investigación, con los cuales demostraremos si aceptamos o rechazamos nuestra hipótesis.

## **8. PLAN OPERATIVO**

Meses/ AÑO	Mayo-23	Junio-23	Agos-23	Seti-23	Octu-23	Nov-23	Dic-23	Ene-24	Feb-24	Mar-24
Etapas										
Presentación del proyecto										
Prueba piloto										
Ajuste de los instrumentos										

Recolección de datos										
Análisis y datos										
Procesamiento de los datos										
Elaboración del informe										
Difusión de los resultados										

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, T. W. (2012). *Sociedad. Arte y Letra*.
- Alba Martín, R. (2015). *Cultura de los Cuidados*. Obtenido de El concepto de cuidado a lo largo de la Historia: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12>
- Ardebol Piera, E., & Munilla Cabrillana, G. (2003). *Una aproximación interdisciplinar a las religiones antiguas y contemporáneas*. Barcelona: UOC.
- Báez Hernández, F. J. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Enfermería*, 9 n2, 2-5.

- Berenstein, J. (2021). Antropología política de la sexualidad: procesos organizativos y políticas públicas en debate. *XII Congreso Argentino de Antropología Social (CAAS) (La Plata, junio, julio y septiembre de 2021)* (págs. 2-9). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Berkings, L. (2014). *Ley de Identidad de Género y acceso a los cuidados de la salud de la población trans en Argentina*. Buenos Aires: ONU SIDA.
- Cao, C. (11 de Junio de 2018). *La Definición*. Obtenido de <https://ldefinicion.com/sociocultural/>
- Carrillo Muñoz, L. (2020). Percepción de las personas transexuales sobre la atención sanitaria. *Index de Enfermería*, 29(1).
- CUTULI, M. S., & FARJI NEER, A. (marzo de 2018). Antropología, Sexualidad y Política; conceptos claves. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Facultad de Filosofía y Letras.
- DURKHEIM, E. (1961). *LAS REGLAS DEL METODO SOCIOLOGICO SOCIOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES*. Buenos Aires: Assandri.
- Fernando, T. S. (2005). En torno a la interculturalidad: Reflexiones sobre cultura y comunicación para la didáctica de la lengua. *Porta Linguarum*, 23-39.
- Fundación Huésped. (2017). *OSI - Informe Final*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Open Society Foundation.
- Gaceta Sanitaria. (2019). La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. *Gaceta Sanitaria*, 1-6. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/ga/2018.v32n2/184-186/es/>
- Gajales, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería vol. 13*, 44-45.
- Galindo, J. R. (03 de Marzo de 2021). Heteronormatividad y diversidad sexual en la formación del profesorado: Estudio etnográfico en una escuela Normal de la Ciudad de México. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 11.
- Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Fernández Rodríguez, M., & (3), A. M. (16 de 11 de 2020). NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA LAS PERSONAS TRANSGÉNERO. *Revista Española de Salud Pública*, 94(14), 3.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). Mexico DF, Distrito Federal, Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana.
- Héspes Eduardo, P. R. (2002). *Ensayo Sobre Teoría Sociológica* (Vol. 2). Bogotá, Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Izquierdo Machín, E. (2015). Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31, 3.
- Kjeldsen, J. L. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS: [www.who.int/topics/nursing/es/#](http://www.who.int/topics/nursing/es/#)
- Malinowsky. (1970). *Una teoría Científica de la Cultura*. Barcelona: Edhasa.
- Melguizo Herrera, E., & Alzate Posada, M. L. (junio de 26 de 2008). *Creencias y prácticas en el cuidado de la salud*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000100012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012)
- Michael, W. (1993). *Fear of a queer planet : queer politics and social theory*. Mineapolis: University of Minnesota Press.
- Núñez, G. (2016). ¿Qué es la diversidad sexual? *Paidós*.
- OPS. (2011). *Por la Salud de Las Personas Trans*. México DF: Naciones Unidas.
- Pérez Porto, J., & Ana, G. (2013). *Definiciones*. Obtenido de <https://definicion.de/cuidado/>

- Purnell, L. (1999). EL MODELO DE COMPETENCIA CULTURAL DE PURNELL: DESCRIPCIÓN Y USO EN LA PRÁCTICA, EDUCACIÓN, ADMINISTRACIÓN E INVESTIGACIÓN. *Cultura de los Cuidados*.
- Rodriguez, W. A., & Peña, C. N. (Junio de 2015). *SCIELO*. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-053X2015000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-053X2015000100006)
- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Cultura de los Cuidados. *Revista de Enfermería y Humanidades*(4), 44-46.
- Santos, V. M. (Julio de 2015). Entender el sentido de los cuidados en Enfermería. *Enfermería Aquí y Ahora*, 3 n°3.
- Sociedad Nacional de la Cruz Roja Argentina. (2021). *Guía para miembros - Protección Género e Inclusión*. CABA: Cruz Roja Argentina.
- Spector, R. E. (2000). *La enfermería transcultural: pasado, presente, y futuro*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/5115> | <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8.15>

## 10. ANEXOS

### ANEXO I: ENCUESTA

Se constituye la siguiente herramienta de recopilación de datos como una encuesta de carácter anónimo, que tiene como propósito describir los factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio CECM, de una institución pública de salud, de CABA en el periodo setiembre-noviembre 2023.

Esta información es confidencial y de uso puramente académico.

**Instrucciones:** Conteste las preguntas indicando la respuesta elegida con un clic.

1. ¿Considera usted que las personas trans son combativas y problemáticas?

Si	
No	

2. ¿Considera usted que las personas trans tienen trastornos mentales?

Si	
No	

3. ¿Considera usted que las personas trans fueron abusadas sexualmente en algún momento de su vida?

Si	
No	

4. ¿Considera usted que las personas siempre se unen para reproducirse y dejar descendencia?

Si	
No	

5. ¿Considera usted que las personas trans no deberían contraer matrimonio o casarse?

Si	
No	

6. ¿Considera usted que las personas trans viven en pecado o en la inmoralidad?

Si	
No	

7. Al asistir a una persona trans, ¿usted omite consultar el pronombre con el que quiere ser llamada/o?

Si	
No	

8. Los documentos y registros que utiliza al brindar cuidado a personas trans, tales como historias clínicas, registros de enfermería, entre otros; en la categoría de género, ¿solo cuentan con las opciones de masculino y femenino?

Si	
No	

9. ¿Considera usted que siempre el género de la persona se correlaciona con el sexo asignado al nacer? Es decir, varones con el género masculino y mujeres con el género femenino

Si	
No	

## **ANEXO II: TABLA DE MATRIZ DE DATOS**

UNIDAD DE ANÁLISIS	Las personas trans son combativas y problemáticas		Todas las personas trans tienen trastornos mentales		Todas las personas trans fueron abusadas sexualmente		Las personas se unen para reproducirse		Las personas trans no deberían casarse		Las personas trans viven en pecado		Omite consultar el pronombre		Todos los documentos utilizan solo cuentan con la opción binaria		El género de las personas se correlaciona con el sexo asignado al nacer		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
U1																			
U2																			
U3																			
U4																			
U5																			
U6																			
U7																			
U8																			
U9																			

**Fuente:** Alumnos Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**ANEXO III: PONDERACION DE RESULTADOS**

PUNTAJES	CATEGORÍAS DE PONDERACIÓN
De 1 a 9 (1%- 50%)	Baja presencia de factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio CECM, de una institución pública de salud, de CABA en el periodo marzo a mayo 2023.
De 10 a 18 (51%- 100%)	Alta presencia de factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten al servicio CECM, de una institución pública de salud, de CABA en el periodo marzo a mayo 2023.

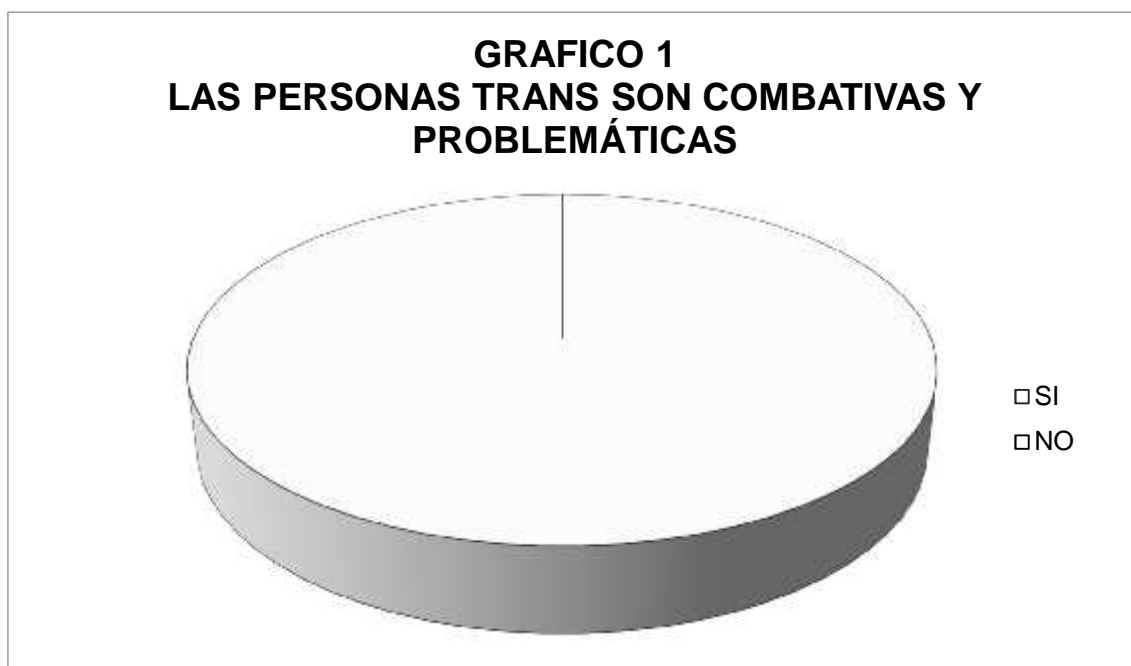
**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

#### **ANEXO IV: TABLAS Y GRAFICOS DE FRECUENCIAS**

**TABLA Nº 1 Y GRÁFICO Nº 1. LAS PERSONAS TRANS SON COMBATIVAS Y PROBLEMÁTICAS.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			Nº DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	Nº DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA Nº 2 Y GRÁFICO Nº 2. TODAS LAS PERSONAS TRANS TIENEN TRASTORNOS MENTALES.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA N° 3 Y GRÁFICO N° 3. TODAS LAS PERSONAS TRANS HAN SIDO ABUSADAS SEXUALMENTE.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA N° 4 Y GRÁFICO N° 4. LAS PERSONAS SIEMPRE SE UNEN PARA REPRODUCIRSE Y DEJAR DESCENDENCIA.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA Nº 5 Y GRÁFICO Nº 5. LAS PERSONAS TRANS NO DEBERÍAN CONTRAER MATRIMONIO O CASARSE.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA N° 6 Y GRÁFICO N° 6. LAS PERSONAS TRANS VIVEN EN PECADO O EN INMORALIDAD.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA N° 7 Y GRÁFICO N° 7. OMITIR CONSULTAR EL PRONOMBRE CON EL QUE QUIERE SER LLAMADA/O.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

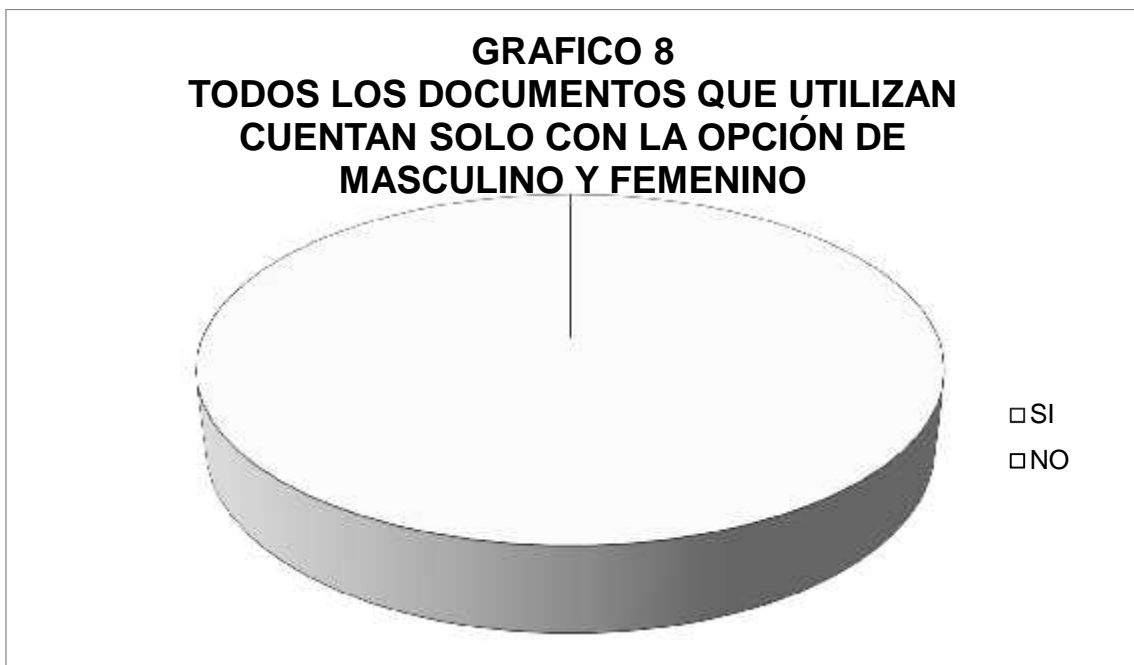


**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA N° 8 Y GRÁFICO N° 8. TODOS LOS DOCUMENTOS QUE UTILIZAN CUENTAN SOLO DE MASCULINO Y FEMENINO.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

**TABLA N° 9 Y GRÁFICO N° 9. EL GÉNERO DE LA PERSONA SE CORRELACIONA CON EL SEXO ASIGNADO AL NACER.**

VARIABLES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
SI				
NO			N° DE PERSONAS ENCUESTADA	100%
TOTAL	N° DE PERSONAS ENCUESTADAS	100%	-----	-----

**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.



**Fuente:** Alumno Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad ISalud, Mayo 2023.

## **AEXO V “NOTA DE AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO DE CAMPO”**

Buenos Aires, 19 de mayo de 2023

Señores/as Directivos y Jefatura de Departamento de Enfermería:

A quien corresponda

S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_D

Dentro de la formación de grado de los futuros Licenciados en Enfermería de la Universidad Isalud, se considera de gran importancia para la realización de un trabajo de investigación, con el objeto de alcanzar la excelencia educativa y académica.

Por tal motivo, solicitamos autorización como estudiantes del último año de dicha carrera, para realizar una encuesta en el Servicio de Consultorios Externos de Clínica Médica (SCECM) de esta prestigiosa institución, que tiene por objetivo “describir los factores socioculturales que obstaculizan la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería a sujetos de atención trans que asisten a dicho servicio.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su organización y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades operativas propias del sector y se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos cuyos resultados serán utilizados solamente con fines académicos.

Saludamos atentamente

Rodrigo Cuba

Romina Florencio