



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA,
MENCIÓN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias y trans no-binarias en Chile

Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología,
Mención Psicología de la Salud

Profesora Guía: Pamela Lidice Vaccari Jiménez
Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

Jaime Alejandro Méndez Contreras
Concepción, Chile
2026

Agradecimientos

Agradezco a cada amistad que me entregó apoyo y contención emocional para lograr los desafíos de esta tesis, sin su abrazo cálido y comprensión infinita, el proceso se hubiera transformado en una complejidad en sí y cada una/e/o sabe lo difícil que fue lograr hasta este punto.

También a cada persona usuaria y cada profesional que aceptaron a participar dentro del estudio, que, a pesar de las aprehensiones lógicas dentro de un paradigma extractivista del conocimiento, comprendieron el fin último de la tesis, visibilizar desde la experiencia, por y para la población trans no binaria y no binaria.

A mi familia biológica que estuvieron siempre preocupados y apoyándose en el proceso, por ser el sostén constante a lo largo de este camino, con su afecto, con sus llamadas, a pesar de la distancia física y a mi familia elegida, ya que, su amor y ternura es y será revolucionaria.

Doy los gracias a todo el equipo del Área Social Comunitaria de la carrera de Psicología, sobre todo a mi profesora guía Pamela, por creer en mí en todo momento, su confianza, apoyo incondicional y presencia constante hicieron posible este proceso. Gracias por impulsarme cuando sentí que flaqueaba, sostenerme con paciencia frente a la ansiedad y por acompañarme de manera tan cercana y profunda. Este camino no habría sido el mismo sin su guía, calidez y compromiso genuino. Su huella trasciende este trabajo y queda en mi formación y en mi vida.

Este trabajo quiso reflejar una experiencia real, que cruza la biografía de miles de personas y también mi historia en el presente, no pretendo ser su portavoz, pero espero en alguna medida, que este trabajo sea un insumo para políticas de salud, prácticas y paradigmas que deben transformarse en pos del bienestar de las personas de la diversidad sexual, de género y relacional.

“Somos existencias capaces de generar conocimiento”

*“Somos capaces de identificar nuestra propia epistemología,
métodos y formas de transmisión de nuestro conocimiento.*

*Somos existencias con la capacidad de proponer elementos para la
discusión y elaboración de una filosofía travesti y por qué no,
una ciencia ficción travesti. Somos existencias capaces
de un saber, ya no ser las víctimas de siempre y
proponer otros horizontes posibles, quebrar nuestro destino.*

Porque nuestras vidas no les pertenecen”

Activista y Escritora Trans Travesti,
Claudia Rodríguez Silva, (1968-2026)

Título

Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias y trans no-binarias en Chile.

Resumen

La atención en salud de personas no binarias (NB) y trans no binarias (TNB) se desarrolla en un contexto marcado por marcos normativos de género predominantemente binarios, lo que puede favorecer la producción de estigma, discriminación y barreras de acceso en el sistema sanitario. Estas condiciones impactan en el bienestar emocional de las personas usuarias y en sus posibilidades de recibir una atención oportuna y de calidad.

En este contexto, el objetivo de esta investigación fue describir las experiencias de atención de salud general que reciben personas NB y TNB en el sistema de atención primaria de salud (APS) de la ciudad de Concepción, Chile.

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico hermenéutico. Participaron 7 personas NB y TNB usuarias de atención primaria y 5 profesionales de la salud, quienes fueron entrevistados mediante entrevistas en profundidad. Adicionalmente, se incorporó una aproximación autoetnográfica del investigador. El análisis de la información se realizó mediante herramientas de la teoría fundamentada.

Los resultados evidencian que la atención de salud se encuentra mediada por dinámicas de presunción de género desde el inicio de la interacción clínica, generando experiencias de invisibilización o cuestionamiento identitario. El reconocimiento de las identidades no binarias emerge como una práctica contingente, dependiente de la disposición del equipo profesional, aunque coexiste con experiencias de trato respetuoso y humanizado.

Los hallazgos evidencian que el reconocimiento de las identidades NB y TNB en APS se configura como un proceso tensionado entre marcos institucionales binarios y prácticas profesionales que abren, de forma contingente, espacios de reconocimiento.

En conjunto, este estudio permite describir las experiencias en salud, identificar prácticas afirmativas y estigmatizantes, y aproximarse a las representaciones del personal sanitario, integrando una comprensión situada desde la autoetnografía.

Palabras Clave

Trans no binaria, no binaria, atención primaria de salud, estigma.

Índice

Título	3
Resumen	3
Palabras Clave	3
Introducción	8
Planteamiento del Problema de Investigación	10
Reflexividad de la persona investigadora	13
Marco Teórico.....	14
Formulaciones Teóricas o Conceptos	15
Género y Sexo	15
Identidad de Género y Expresión de Género.....	16
Orientación Sexual y/o Afectiva.....	17
Concepto de Identidad Trans y Trans No Binario.....	18
Identidades No Binarias.....	19
Heteronormatividad.....	20
Binarismo de Género	21
Conceptos psicosociales sobre exclusión e invisibilización de los grupos minorizados.....	23
Estereotipos	23
Prejuicio.....	24
Estigma	26
Discriminación.....	27
Discriminación LGBTQIANB+	29
Situación Actual de la Población LGBTQIANB+	30
Prácticas Afirmativas o Enfoque Clínico Afirmativo.....	31

Prácticas Desfavorables en Salud	33
Revisión de las investigaciones previas	34
Planteamiento de pregunta de investigación, objetivos e hipótesis de investigación	38
Objetivo general	38
Objetivos específicos.....	38
Supuestos de investigación.....	38
Método	38
Diseño de investigación: fenomenológico hermenéutico.....	39
Fases del método fenomenológico hermenéutico de acuerdo con las propuestas de Guardián (2007), Husserl (1998) & Van Manen (2017).....	41
Primera fase: Etapa previa o clarificación de presupuestos	41
Segunda fase: Recoger la experiencia vivida	41
Tercera fase: Etapa estructural o la reflexión sobre la experiencia vivida	42
Cuarta fase: Escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida	42
Participantes, caracterización y muestreo cualitativo	42
Grupo 1: Personas trans no-binarias y no binarias	42
Grupo 2: Personal sanitario	43
Muestreo cualitativo.....	43
Estrategias para proceder con los pasos de la selección.....	44
Mecanismo de reclutamiento de participantes.....	45
Instrumentos o Técnicas de Recolección de Información.....	48
Entrevista en profundidad.....	49
Auto etnografía	52
Componentes Narrativos y Críticos	53
Procedimiento de análisis de datos.....	53

Transcripción y resguardo de datos	54
Proceso de codificación	54
Codificación abierta.....	55
Codificación axial.....	56
Consideraciones de rigor metodológico	58
Consideraciones éticas	61
Resultados.....	66
Régimen institucional de inteligibilidad de género.....	68
Trato digno como núcleo afirmativo.....	74
Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención.....	79
Tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria.....	83
Agencialidad y pedagogía forzada.....	86
Articulación de las categorías emergentes	90
Discusión y conclusiones.....	91
Limitaciones del estudio.....	101
Proyecciones futuras y desarrollo del modelo preliminar de reconocimiento tensionado.....	104
Referencias Bibliográficas	107
Anexos	133
Anexo 1: Pautas de Entrevistas para Profesionales y Personas Usuaras de Salud.....	133
Anexo 2: Consentimiento Informado para personas entrevistadas	138
Anexo 2.1: Consentimiento Informado para Profesionales.....	138
Anexo 2.2: Consentimiento Informado para Personas Usuaras	142
Anexo 3: Protocolo de acogida/derivación y Principios éticos que orientan la investigación	146
Anexo 4: Extracto Matriz de Codificación Abierta	147
Anexo 5: Extracto Matriz Codificación Axial	151

Anexo 6: Figura de Articulación de Resultados.....	153
Anexo 7: Cartas de Apoyo Institucional para Derivación a Personas Usuarias.....	153
Anexo 8: Cartas de Apoyo ONGs locales para Difusión del Estudio.....	153
Anexo 9: Cartas de Compromiso Colaboración Difusión por Referentes de Diversidad.....	153
Anexo 10: Diagrama de Gantt: Planificación de Actividades Proyecto de Tesis	154

Introducción

Las personas trans son aquellas que se identifican con una identidad de género distinta a la asignada al nacer en función de sus características sexuales. Una persona es trans, al percibirse y vivir su identidad como tal, independiente si realiza intervenciones para modificar su corporalidad o si ha cambiado su nombre y sexo registral (Coll-Planas & Missé, 2018). Las personas trans no binarias y no binarias (en adelante TNB y NB respectivamente) reconocen su identidad como transgresora de la pauta binaria del género, construyendo su propia identificación más allá de categorías normativas como hombre-mujer o masculino-femenino, rechazando estas etiquetas o fluctuando entre ellas (Johnson et al., 2024; Galupo et al., 2021).

En el contexto de salud chileno esta diversidad de identidades plantea desafíos para el personal de salud, debido a los requerimientos específicos de la población TNB y NB (Donoso et al., 2019; Guzmán-González et al., 2020; Rimes et al., 2020). Esto es especialmente relevante en la atención primaria, por ser el primer contacto en el sistema de salud y, por tanto, tener un papel fundamental en la promoción de prácticas de atención inclusivas y afirmativas (Day, 2017; Zapata et al., 2019).

Existen antecedentes de discriminación y trato estigmatizante hacia personas TNB y NB en los dispositivos de salud del país por quienes proveen la atención (Estay et al., 2020; Roselló-Peñaloza et al., 2024). En el caso de las personas TNB, el estigma puede estar mediado por la falta de comprensión y formación del personal sanitario en temas de diversidad de género. Estos aspectos contribuyen a experiencias negativas y prácticas de atención no inclusivas que impactan el bienestar psicosocial de esta población (Shelton, 2011; Gastelo-Flores & Sahagún, 2020; González & Bernal, 2022).

Además, estudios internacionales muestran que el estigma y la discriminación pueden tener repercusiones en la salud mental de quienes pertenecen a estas comunidades, exponiéndoles a un mayor riesgo de estrés y mayores riesgos para el bienestar físico y mental (Meyer, 2013; Hostetter et al., 2022; Kcomt et al., 2020; Roselló-Peñaloza et al., 2024).

Sin embargo, en el contexto chileno, la literatura es escasa en torno a la experiencia específica de las personas TNB y NB en la atención de salud primaria y en cómo el trato recibido

impacta en su bienestar (Avilés et al., 2024; García, 2022). Esto subraya la necesidad de explorar en profundidad estas experiencias para visibilizar sus necesidades y los desafíos que enfrentan en el país.

En este contexto, el objetivo general de este estudio es describir las experiencias de atención en salud primaria que reciben las personas NB y TNB en Chile. Esta investigación busca generar evidencia que visibilice la experiencia de atención en salud primaria de la población TNB y NB, enfocándose en:

(1) Comprender las experiencias vividas por las personas NB y TNB en la atención sanitaria primaria, enfatizando en conocer su percepción en torno a las acciones afirmativas, sensibles y culturalmente competentes, así como la percepción de estigma, discriminación y prejuicios en el trato de salud. (2) Identificar actitudes y prácticas afirmativas del personal de salud que contribuyan a un trato inclusivo y sensible, resaltando las áreas de mejora en la capacitación y sensibilización del personal. (3) Explorar las ideas y actitudes que existen dentro de los equipos sanitarios que pueden potencialmente promover el estigma, así como las posibles barreras para el acceso a una atención equitativa.

Este estudio se realizó con el método cualitativo, el cual es adecuado para explorar en profundidad las perspectivas subjetivas y experiencias de este colectivo (Strauss & Corbin, 2002). Se utilizará un diseño fenomenológico, ya que permite comprender las experiencias vividas y los significados que tanto usuarias/es/os como profesionales de salud atribuyen a la atención en salud (Flick, 2007).

Los métodos de recolección de datos serán entrevistas en profundidad y la autoetnografía, elegidos por aplicabilidad, flexibilidad y posibilidad de recoger datos detallados y captar experiencias que pueden pasar desapercibidas incluso para quienes participan del estudio (Díaz et al., 2013).

Esta investigación busca contribuir a la evidencia empírica y nacional en torno a un área en la que el avance científico y local aún es limitado. Al relacionar las experiencias de atención, el bienestar de la población TNB y NB y las creencias y actitudes del personal sanitario, se espera visibilizar las vivencias de una población que aún es incomprendida a nivel

social y que para el sistema de salud chileno no es concebida como grupo de especial interés en términos de metas sanitarias. De esta forma el desarrollo de políticas públicas y prácticas inclusivas es el principal motor movilizador del estudio, así como la búsqueda y promoción de una atención respetuosa y afirmativa para toda la diversidad de género, sexual y de relaciones humanas.

Planteamiento del Problema de Investigación

El fenómeno que se pretende investigar se centra en comprender las experiencias de atención de personas no binarias (NB) y trans no binarias (TNB) usuarias del sistema primario de salud en Chile. A pesar de los avances en la visibilidad de las identidades NB y TNB, las personas que se identifican fuera del binarismo de género continúan enfrentando, de acuerdo con algunos estudios, experiencias de discriminación y estigmatización por parte de equipos profesionales de la salud, lo que podría generar barreras en su acceso a los servicios de salud (Grey et al., 2023; Javier et al., 2024; Martínez et al., 2018).

Este estudio busca comprender las experiencias vividas por las personas NB y TNB en la atención primaria de salud, enfatizando en conocer su percepción en torno a las acciones afirmativas, sensibles y culturalmente competentes, así como a la percepción de estigma, discriminación y prejuicios en el trato de salud, por parte de los equipos profesionales.

Al realizar una revisión histórica en torno a las identidades diversas, de acuerdo con algunos estudios, se evidencian hechos de rechazo, represión, marginalización, criminalización y patologización de las existencias de quienes se identifican como parte del colectivo LGBTQIANB+ (Mott, 2010).

Diversos mecanismos de control han operado en la búsqueda de reprimir a las también llamadas “sexualidades periféricas”. Estos dispositivos buscan normalizar un tipo de vivencia y corporalidad como “la normal” señalando a las diferencias bajo las etiquetas de “desviado” o “fuera de la norma”, reproduciendo, por tanto, la exclusión social del colectivo disidente (Butler, 1990; Foucault, 2011; Preciado, 2020).

En Chile, desde la tipificación de la sodomía como delito en el siglo XIX, hasta la reciente despenalización de las prácticas homosexuales a finales del siglo XX, demuestra con

hechos históricos cómo la comunidad LGBTQIANB+ se ha enfrentado a realidades adversas por parte de grupos que buscan perpetuar la norma social de la heterosexualidad (Garrido, 2015; Ley N° 11625, 1954; Ley N° 19617, 1999).

Aunque se han realizado esfuerzos por parte del ejecutivo en materia judicial, como la “Ley Zamudio” (Ley, 20.609, 2012) o la Ley N° 21.120 que protege la identidad de género (2018), estos resultan insuficientes en la búsqueda de mecanismos efectivos para erradicar la discriminación. Si bien estas iniciativas representan avances en el reconocimiento del Estado Chileno como garante de derechos de la ciudadanía, se observa que persiste en la sociedad, una invisibilización hacia las identidades que transgreden las normas sociales de género (Quinteros, 2020).

La exclusión de preguntas sobre diversidad sexual en el CENSO 2024 son un ejemplo de la invisibilización hacia este colectivo, ya que, omite la recolección de datos específicos, que podrían sustentar políticas públicas (MOVILH, 2025). Esta omisión se justifica en razones técnicas y metodológicas, pero también refleja desconocimiento y negación de las nuevas realidades identitarias (OTD Chile, 2024). En base a esta trayectoria histórica de exclusión y marginalización, las experiencias actuales de las personas TNB y NB en el sistema sanitario chileno, podrían reflejar tanto las barreras estructurales, como los desafíos pendientes en materia de inclusión. A pesar de los avances hacia la visibilización de las identidades diversas, persisten prácticas que no reconocen plenamente la diversidad de género o que no incorporan enfoques clínicos afirmativos.

La relevancia de este estudio radica en que trabaja en las brechas teóricas y prácticas identificadas en la atención de salud para personas NB y TNB. Investigaciones recientes realizadas en Canadá han evidenciado que las personas TNB presentan un menor bienestar en comparación con la población cisgénero, derivado en parte, de la anticipación al estigma en sus interacciones con proveedores de salud (Burchell et al., 2024; Grey et al., 2023).

En el contexto chileno, los estudios existentes sobre la atención de personas NB y TNB son aún incipientes. Aunque algunos trabajos exploran el fenómeno de la discriminación desde la perspectiva del equipo sanitario, todavía es limitado el enfoque centrado en las vivencias de la población NB y TNB en relación con el trato recibido en el sistema de salud primaria (Áviles et

al., 2024; Bidell, 2016; Roselló-Peñaloza et al., 2024).

Además, si bien se han realizado investigaciones que visibilizan datos en torno a las personas NB, no obstante, estos estudios a menudo engloban a toda la comunidad trans o se centran específicamente en personas transmascullinas o transfemeninas, sin diferenciar las particularidades de las identidades no binarias (Barrientos, et al., 2019; González & Bernal, 2022; Guzmán & Tomicic, 2023).

Por otro lado, existe evidencia empírica que analiza transversalmente las barreras de acceso a la salud para el conjunto de la población LGBTQIANB+, lo que permite una visión general, pero diluye las especificidades de las experiencias NB y TNB (Estay et al., 2020; Muñoz et al., 2024; Rubio et al., 2022; Valenzuela-Valenzuela & Cartes-Velásquez, 2021).

A partir de estos antecedentes, se evidencia que, a pesar de los avances hacia la inclusión en el sistema de salud chileno, las personas NB y TNB continúan enfrentando desafíos significativos. En particular, la persistencia de prácticas no afirmativas y la falta de reconocimiento de la diversidad de género operan como formas de exclusión simbólica y además se constituyen en barreras concretas para el acceso efectivo a la atención en salud.

En este sentido, el estigma, la discriminación y el prejuicio en los espacios sanitarios pueden incidir directamente en la evitación o postergación de la consulta, en la desconfianza hacia los equipos de salud y en la discontinuidad de los procesos de atención. Estas dinámicas limitan el ejercicio del derecho a la salud y además pueden aumentar los riesgos en salud física y mental de esta población, profundizando las desigualdades existentes.

Por estas razones este estudio tiene como objetivo principal comprender en profundidad, las experiencias de esta población en su interacción con el sistema de salud, explorando tanto la presencia de prácticas afirmativas y culturalmente competentes por parte del personal sanitario como las percepciones de inclusión, respeto, estigmatización y discriminación por parte de personas TNB y NB. Con esta investigación, se busca generar conocimiento que oriente la formulación de políticas públicas inclusivas, promoviendo un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, en línea con el respeto a los derechos humanos y la diversidad identitaria.

En cuanto a la viabilidad de la investigación, se cuenta con condiciones favorables para

su desarrollo. El acceso a la población de estudio es factible, considerando la vinculación previa con centros de atención primaria de salud (APS) en la comuna de Concepción, los cuales han manifestado disposición a colaborar mediante cartas de compromiso institucional. Asimismo, se contempla la participación de personas NB y TNB mayores de 18 años que hayan tenido experiencias recientes en el sistema de salud, lo que permite delimitar un grupo accesible y pertinente para los objetivos del estudio.

Desde el punto de vista metodológico, el diseño cualitativo propuesto, basado en entrevistas en profundidad, resulta adecuado para abordar el fenómeno dentro del tiempo disponible. Se considera un número acotado de participantes, lo que favorece la profundidad del análisis y su factibilidad en los plazos establecidos. En este sentido, la investigación es realizable, tanto por la disponibilidad de acceso al campo como por la coherencia entre el diseño, los recursos y el tiempo de ejecución.

Reflexividad de la persona investigadora

La persona investigadora principal del estudio se reconoce asimismo como parte de la población de la diversidad sexual y de género, autoidentificándose como persona trans y no binaria y bisexual, experimentando el estigma a través de la estructura social binaria y normativa en las diversas esferas de su existencia, como lo son el acceso a la salud, la educación y el trabajo.

El interés de investigar es debido a que logra visualizar en su experiencia profesional y personal, cómo las personas NB y TNB se alejan del sistema, debido a la falta de conocimiento y formación del personal sanitario. En conocimientos básicos del ser y descubrirse como una persona LGBTQIANB+, lo que repercute y consolida la baja esperanza de vida que posee este colectivo (Gil-Borrelli et al., 2018). Es por eso, que recalca la importancia de investigar desde aquello que cruza su vida y que pueda ser un aporte para sus pares, desde una mirada respetuosa, afirmativa de la diversidad sexual, de género y de relaciones y subjetiva al fenómeno de estudio.

Con el ánimo de visibilizar la experiencia de estas personas es que el tipo de escritura a utilizar en esta investigación es por medio del lenguaje inclusivo, que se define según Parra y

Serafini (2021) como aquel que busca visibilizar equitativamente a los distintos géneros y grupos marginalizados en forma histórica, como son las mujeres, personas racializadas, personas con discapacidad y de las comunidades LGBTIQANB+.

A lo largo del texto esta declaración se traducirá en la explicitación de todas las letras que representan estas identidades y expresiones diversas hablando, por ejemplo: de las/es/os profesionales de salud.

Existe una comprensión de que el uso de este tipo de lenguaje no es aceptado por la RAE, sin embargo, acorde a lo señalado por la Fundación Todo Mejora (2022), el lenguaje muta, está vivo, se adapta y describe la realidad, pero a su vez se transforma, construye la realidad, entregándonos las herramientas para interactuar y entender nuestra vida cotidiana. Por lo tanto, la comprensión y utilización del lenguaje inclusivo corresponde a una respuesta alternativa a la exclusión y acorde a los cambios que la sociedad experimenta.

Marco Teórico

Las formulaciones teóricas presentadas en esta investigación buscan proporcionar una base conceptual, analítica y empírica para comprender las experiencias de atención en salud primaria de personas NB y TNB en Chile.

Se abordarán los conceptos básicos para entender la diversidad sexual y de género, en este sentido se definirán los términos género, sexo, identidad y expresión de género, junto con las identidades trans y no binarias.

Posteriormente, se exploran los modelos socioculturales que rigen la sociedad contemporánea, particularmente la heteronormatividad y el binarismo de género, como estructuras que delimitan las expectativas sociales respecto al género y la sexualidad, influyendo en las dinámicas de inclusión y exclusión que afectan a las personas LGBTIQANB+.

A continuación, se introducen conceptos psicosociales clave para entender la exclusión e invisibilización de los grupos minorizados, tales como los estereotipos, el prejuicio, el estigma y la discriminación. Estas categorías permiten analizar las barreras sociales que enfrentan las personas usuarias NB y TNB en su acceso a derechos fundamentales, incluyendo la atención en

salud. En esta línea se abordará la discriminación hacia las personas LGBTQIANB+, con énfasis en la violencia y los crímenes de odio hacia personas NB y TNB. Este apartado incluye una contextualización de la situación en Chile, destacando el aumento de la violencia y las denuncias, así como su vinculación con las desigualdades estructurales y de género.

Finalmente, se analiza la atención en salud hacia las personas LGBTQIANB+, describiendo las características del sistema de salud, los hallazgos empíricos sobre prácticas afirmativas y desfavorables y el estado del arte en la atención de salud hacia esta población.

Formulaciones Teóricas o Conceptos

Género y Sexo

El género es un constructo social que engloba un conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura y momento histórico, basándose inicialmente en la interpretación social de las características sexuales biológicas, anatómicas, hormonales y/o cromosómicas (Hernández, 2006). A través de la asignación de género al nacer, se establecen categorías que no sólo diferencian a las personas, sino que también estructuran relaciones de poder y privilegio dentro de la sociedad (Lamas, 1986, 2007). Es crucial reconocer que estas construcciones y dinámicas de poder asociadas no son estáticas, sino que evolucionan con el tiempo y en respuesta a los cambios socioculturales (Connell & Pearse, 2018; Martínez & Bonilla, 1999).

Diversos estudios destacan que el género impacta significativamente en múltiples dimensiones de los sistemas culturales, sociales, familiares e individuales (Serón & Catalán, 2021). Aunque tradicionalmente se ha asociado a características primarias de tipo sexual, su construcción está profundamente influenciada por factores históricos y culturales (Lamas, 2007).

Este carácter dinámico, evidencia que el género ha evolucionado con el tiempo, consolidándose como una fuente de inequidades sostenida y reforzada por estructuras ideológicas predominantes (Ramos et al., 2018). En cambio, al hablar del sexo, se hace alusión a las características físicas, anatómicas, hormonales y cromosómicas de cada individuo (Brabete et al., 2020). Entendido también como sexo asignado al nacer, son categorías que se asignan a toda la humanidad al momento de su nacimiento, rigiéndose por factores médicos, como los

cromosomas, hormonas y el tipo de genital (Alcalá, 2024; Fausto-Sterling, 2006).

Existen distintos tipos de sexo, siendo macho, hembra e intersexual los que se pueden identificar con claridad, por lo que se entiende como la suma de caracteres sexuales los aspectos que determinan el rol social en el cual el individuo se desenvuelve y relaciona con los demás en su vida (Gacitúa-Casanova & Pávez, 2024; Ramos et al., 2018).

Asimismo, se ha definido el sexo como, la construcción sociocultural mediante la que se asigna una categoría a las personas al momento de recién nacidas, denominándolas hombre o mujer, con base en la percepción que tienen otros sobre su genitalidad (Alcántara, 2013). Dicha situación no impide que la persona pueda adaptar su anatomía acorde a sus decisiones, al libre desarrollo de su personalidad, identidad personal y sexual (Suárez et al., 2016).

Identidad de Género y Expresión de Género

Acorde a los Principios de Yogyakarta (2007), la identidad de género hace referencia a la vivencia interna e individual del género, es decir, el sentir profundo del género en cada persona, la que podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

Incluye la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones del género como, por ejemplo: las modificaciones libres que realiza cada persona en su anatomía, intervenciones quirúrgicas, modales, forma de hablar, entre otros (Principios de Yogyakarta, 2007). Puede cambiar a lo largo de los años, está en permanente construcción y contribuye al sentido de singularidad y pertenencia (Barreto, 2020; Bermejo, 2011; Chala & Matoma, 2013).

Desde una perspectiva disciplinar, la identidad de género ha sido abordada por la psicología como un componente central de la experiencia personal, vinculado a la autopercepción y al sentido de sí en relación con el género. La American Psychological Association (APA, 2015) la define como el sentido interno y profundo de ser hombre, mujer, una combinación de ambos o ninguno género, el que puede o no corresponder con el sexo asignado al momento de nacer. Este concepto ha sido abordado desde distintos enfoques dentro de la psicología, incluyendo perspectivas del desarrollo, sociales y clínicas, lo que ha dado lugar a diversas formas de comprensión de la experiencia de género (Guillamón, 2022; Mantilla & Pavón, 2020; Serón & Catalán, 2021)

No obstante, su conceptualización no ha estado exenta de tensiones, por una parte, algunos enfoques han tendido a comprender la identidad de género desde marcos más normativos o binarios, mientras que perspectivas contemporáneas, desde enfoques críticos y afirmativos, han cuestionado estas aproximaciones, enfatizando la diversidad, fluidez y carácter sociocultural del género (Ashley, 2023; Medina, 2022). Estas discusiones reflejan disputas epistemológicas al interior del campo disciplinar, en torno a cómo conceptualizar y abordar las experiencias de género en contextos clínicos y sociales.

En Chile, la Ley 21.120 (2018) reconoce y protege el derecho de toda persona a reconocer su identidad de género, lo que implica que todo individuo tiene la legitimidad de ser identificado y reconocido de acuerdo con su convicción interna y personal.

En cambio, la expresión de género es la forma en que se expresa a la sociedad el sentido de género, mediante el comportamiento y/o apariencia (Arrúe, 2023). Es importante mencionar que es variada las formas en que se presenta la expresión, por ejemplo, en forma masculina, femenina, andrógina o una combinación de las tres (Serón & Catalán, 2021).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008), la describe como aquella manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a un individuo en relación a los rasgos considerados propios de cada género, por una determinada sociedad, en una época histórica crucial.

Para muchas personas, su expresión se ajusta a las ideas que la sociedad considera apropiadas para su género, mientras que para otras no. Acorde a lo mencionado por el Proyecto Libres e Iguales de las Naciones Unidas (UNFE, 2018), la expresión se puede manifestar en la forma de hablar y vestir, comportamientos personales y sociales, modificaciones corporales.

Orientación Sexual y/o Afectiva

Se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de uno, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (Lampert, 2017; UNFE, 2018). Algunos ejemplos de orientaciones sexo afectivas son las personas que se identifican como homosexuales, heterosexuales, bisexuales, asexuales, pansexuales,

demisexuales entre otras (Alday et al., 2022). Dentro de las personas de la diversidad sexual y de género se reconocen que existe una jerarquía social en cuanto a las orientaciones, en donde la heterosexualidad, que es la atracción de mujeres a hombres y de mujeres a hombres, garantiza el acceso a más derechos (Alday-Mondaca & Lay-Lisboa, 2022).

Concepto de Identidad Trans y Trans No Binario

El término trans es utilizado para referirse a las personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo y el género que se asignan al nacer (Coll-Planas & Missé, 2018).

Es parte de la variabilidad de la humanidad y se refiere al sentir de una persona que siente -en general- desde la infancia, que pertenece a un género distinto al asignado al momento de nacer (Grey et al., 2023; Scheim et al., 2022).

También es descrita como un término paraguas utilizado para describir las diferentes expresiones de transgresión/transición/reafirmación de la identidad y/o expresiones de género (incluyendo personas transexuales, transgénero, travestis), cuyo denominador común es que el sexo asignado al nacer, no se alinea con la identidad y/o expresiones de género que la sociedad impone (Chew et al., 2020; Galupo et al., 2021).

Existe la tendencia, dentro del movimiento de personas trans internacionalmente, a eliminar el nombramiento de las divisiones que tradicionalmente se mencionan, por el carácter patologizante y las consecuencias discriminatorias (Ruiz, et al., 2024; Suárez et al., 2016).

Existen distintas categorías que definen a las personas trans, se pueden distinguir las siguientes distinciones acorde a los planteamientos la American Psychological Association (2015) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2015):

- **Transfémimas:** Travestis, mujeres trans, mujeres transgénero, mujeres transexuales, entre otras. Son personas que se les asignó el sexo macho u masculino al momento de nacer, acorde a su genitalidad y que actualmente se identifican con el espectro femenino o el de ser mujer.
- **Transmasculinos:** Hombres trans, hombres transgénero, hombres transexuales, entre

otros. Son personas que se les asignó el sexo hembra u femenino al momento de nacer, y que actualmente se identifican con el espectro masculino o el de ser mujer.

- Trans no binaries o no binario: Personas cuya identidad de género está fuera del límite binario femenino/masculino. Bigénero, agénero, queer, género fluido entre otras.

Tras los conceptos antes descritos se puede entender, que no solo quienes se identifican dentro de las categorías tradicionales son personas trans, sino que toda persona que no se adhiere a las definiciones binarias del género en nuestra sociedad y que se sienten mayor comodidad con el uso de categorías como no binarie, trans no binarie y género fluido.

Es importante señalar que el concepto trans es aplicable para las personas que decidan someterse a procesos médicos, modificando su corporalidad de acuerdo a su identidad de género, como para quien no tome esa decisión.

Identidades No Binarias

El uso de los términos TNB y NB en Latinoamérica refleja no solo una diversidad de género, sino también un contexto social y lingüístico donde quienes se identifican fuera del binario, son víctimas de la invisibilización y la marginalización de la estructura societal (Guzmán-González et al., 2020; Radusky et al., 2021; Torres et al., 2021).

Las identidades no binarias son aquellas personas cuya identidad de género se escapa con la estructura tradicional binaria, son quienes pueden identificarse con un género neutro u otros géneros no asociados a dicha estructura (Johnson et al., 2024; Medina, 2022). El concepto también es entendido cómo un término paraguas para todas las identidades de género que no se identifican con el sistema binario hombre-mujer, de manera que el uso de pronombres correctos es muy importante (Chew et al., 2020; Jacobsen et al., 2023).

Las identidades no binarias se sitúan en una perspectiva antiesencialista del género, cuestionando su comprensión como una dicotomía hombre-mujer. En este sentido, el género no binario se entiende como una construcción diversa, en consonancia con evidencia antropológica que da cuenta de la existencia de más de dos géneros en distintas culturas (Benveniste & Miranda, 2015; Rozas et al., 2020; Zito et al., 2021).

En el sistema de salud, donde persiste un enfoque cisnormativo, las identidades de género "no binarias" han tomado relevancia por su claridad y accesibilidad, permitiendo que personas NB y TNB articulen sus identidades y experiencias con un lenguaje que les otorga visibilidad (Radusky et al., 2021; Strasser, 2019; Zapata et al., 2019).

La adopción de lo "no binario" en Latinoamérica es útil, pues este término ha permitido reconocer las identidades diversas de género sin la complejidad lingüística de "trans de género no conforme" (Medina, 2022). Esto es relevante en el ámbito de salud, ya que las prácticas y políticas afirmativas requieren una comprensión culturalmente contextualizada que los equipos de salud puedan interpretar y aplicar en su labor diaria. En cambio, el uso de "género no conforme" en otros contextos responde a una experiencia más visibilizada y en algunos casos con políticas que facilitan la diversidad de género e identitaria (Horwitz et al., 2020; Stewart et al., 2023; Tomicic et al., 2024).

Heteronormatividad

La heteronormatividad se define como el régimen social y cultural que impone que la heterosexualidad sea la única sexualidad "normal", natural y aceptada. Los modelos socioculturales de la heteronormatividad y el binarismo de género juegan un papel fundamental en la construcción de las normas sociales que regulan las identidades de género y sexualidad según los planteamientos de Butler (1990). En este contexto, las personas no heterosexuales han experimentado con frecuencia la persecución y marginación (Letelier et al., 2024).

Granados (2002) indica que esta perspectiva se encuentra profundamente vinculada con la noción de ideología de género, la que implica la asignación de roles específicos según la identidad de género de cada persona, estableciendo un modelo de masculinidad para los hombres y otro de feminidad para las mujeres, ambos fundamentados en principios esencialistas y biologicistas.

La influencia de estas ideologías conlleva asumir que todas las personas son heterosexuales, estableciendo que los hombres deben ser masculinos y heterosexuales y que deben ajustarse a los roles asignados, mientras que las mujeres, como femeninas y heterosexuales, deben cumplir con las expectativas sociales impuestas sobre ellas (Serrato & Balbuena, 2015).

Acorde a los aportes teóricos de Judith Butler (1990; 2004), el sistema capitalista refuerza esta noción de lo que es aceptado como una norma social, promoviéndolo como un eje de poder moralmente superior, junto a elementos como los privilegios del género masculino, las identidades cisgénero y la heterosexualidad.

Según la autora (1990;1993; 2004) la heteronormatividad es un tipo de opresión cultural basada en el reconocimiento de las diferencias identitarias y no puede ser entendido sólo en términos económicos, ya que, una sociedad que es regulada por esta norma, conlleva a un sometimiento hacia quienes no encajan en estos esquemas, genera violencia contra las personas que escapan a la relación obligatoria entre los conceptos sexo, género y deseo (Martínez, 2020).

En psicología y ciencias afines a la medicina, aún se manejan preconceptos establecidos del comportamiento individual o grupal acerca de la heteronormatividad (Barker, 2012; Johnson, 2015; Johnson & Martínez-Guzmán, 2019).

Estos antecedentes pueden incidir en el trabajo con personas que consultan por temáticas asociadas a la diversidad sexual y de género, con especial énfasis en población trans y no binaria (Sánchez, 2020). En este contexto, resulta fundamental problematizar las comprensiones que poseen los equipos profesionales de la psicología respecto de conceptos como la monogamia, los roles de género, la expresión y la identidad de género, a fin de analizar cómo estas pueden influir en el abordaje de cada caso (Moon, 2010).

Binarismo de Género

El binarismo de género se describe como un sistema o modelo opresivo que limita la forma en que las personas pueden experimentar y expresar su identidad, ya que entrega reconocimiento y validez exclusiva a dos únicas categorías cerradas de existencia: hombre y mujer, homosexual y heterosexual, pene y vulva, entre otros (Medina, 2022; Rozas et al., 2020).

Este fenómeno se percibe como hegemónico, ya que no solo organiza las relaciones sociales, sino que naturaliza al igual que la heteronormatividad, una visión única y dominante del mundo como "normal" y "natural", en lugar de señalar que estamos frente a una construcción social (Butler, 1998; Vásquez, 2020).

Val Plumwood (1993) afirma que estos binarismos sustentan el pensamiento occidental y reflejan las formas más importantes de represión en la sociedad, ya que, al normalizar los dualismos masculino/femenino, mente/cuerpo, civilizado/primitivo se naturalizan respectivamente las opresiones de género, clase social, raza y naturaleza.

La visión binaria del mundo genera varias problemáticas en las formas de existir en el mundo, que limitan la creatividad e inhiben la evolución de las identidades (Foucault, 1976, 1980; Wittig, 1981).

En primer lugar, este marco conceptual excluye la posibilidad de que las personas se identifiquen de maneras distintas a las categorías culturales impuestas (Butler, 1990). En segundo lugar, les obliga a identificarse bajo estas denominaciones, lo que limita su desarrollo y libertad, imponiendo una identidad rígida (Matsuno & Budge, 2017). Finalmente, estas categorías refuerzan la discriminación por identidad, raza, clase social y sexo biológico, generando una segregación de los espacios sociales y académico a todo lo cercano a lo femenino en términos culturales, raciales y de orientación sexual fuera de la heteronormatividad (López, 2000; Medina, 2022).

El dualismo que rige nuestra sociedad es inflexible y lleva a la consolidación de estructuras cisheteropatriarcales que imponen su poder sobre aquellas identidades consideradas como “anormales” o “distintas” (Rozas et al., 2020). Este sistema borra, patologiza y agrede a cualquier intento de cuestionar o transgredir las categorías del binario (Bodenhofer, 2019; Ruiz et al., 2024).

Desde la década de los 70, los estudios de género se cuestionan esta premisa, señalando la importancia de considerar la posibilidad de alternativas de clasificación de género, lo que se relaciona con estudios antropológicos en sociedades orientales en India o Tailandia, o bien, las personas dos espíritus de las culturas indígenas de todo América (Bodenhofer, 2019). Por tanto, esta propuesta de ampliar la estructura de género no responde a demandas exclusivas de grupos contemporáneos (Butler, 2004).

A pesar de ser una construcción social generalizada, existe constancia de que en el siglo XVIII ya existían sociedades que no se regían por este sistema binario, como en la sociedad

napolitana, Italia (Benveniste & Miranda, 2015; Zito & Valerio, 2019). Lugar donde surgió el concepto identitario de “los femminielli”, personas que no se identificaban como homosexuales ni personas trans, sino como un tercer género. La sociedad napolitana de ese entonces aceptó, integró e incluso veneraba a este grupo de individuos (Miano, 2011; Zito et al., 2021).

En la actualidad, muchas sociedades continúan considerando la división hombre-mujer como el único modelo de organización social (García-Granero, 2017). Cualquier persona que no se sienta identificada con su sexo asignado al nacer se considera que experimenta una patologización como es el caso de las personas del espectro trans y no binario (Castillo, 2013; Gabaldón, 2020; Ward, 2024).

Sin embargo, en forma paralela hay un debate abierto sobre la limitación y el carácter estricto de este sistema social y las consecuencias que supone para las personas que no se sienten identificadas con este modelo cultural (García, 2013). Los hallazgos empíricos plantean que, al ser una construcción sociocultural, el género binario puede ser deconstruido, esto implica cuestionar y desarmar las normas que lo sostienen, abriendo paso a formas más inclusivas de entender las identidades periféricas a la normatividad imperante (García, 2016; Millet, 2023; Ruiz, 2017).

Conceptos psicosociales sobre exclusión e invisibilización de los grupos minorizados

Estereotipos

Los estereotipos se definen como marcos cognitivos que contienen ideas, opiniones y creencias compartidas por colectividades sobre determinados grupos sociales (Zanfrini, 2007). Estos rasgos, que pueden ser físicos, conductuales o de carácter, se atribuyen de manera generalizada, rígida y a menudo careciendo de fundamento sólido (Pérez et al., 2024).

El término fue incorporado por primera vez en la literatura por el periodista estadounidense Walter Lippmann (1922/2003) en su obra “La opinión pública”. Acorde a su autoría, los estereotipos se definen, como aquellas imágenes en nuestras cabezas, que se corresponden a distintos grupos sociales. Desde ese entonces, son descritos como las creencias consensuadas sobre los atributos de un colectivo y sus miembros.

Según Christiansen, Kaplan y Jones (1999). los estereotipos agrupan creencias sobre

grupos generalmente discriminados como, por ejemplo, las personas en situación de calle, racializadas o migrantes, construyendo una idea de los rasgos propios que le pertenecen a este grupo, una idea preconcebida que puede ser errónea.

Es importante señalar que los estereotipos tienen una fuerte influencia en el procesamiento de la información social, ya que, facilitan la atención a los datos que confirman un esquema mental preexistente, mientras que la información inconsistente se tiende a rechazar, reinterpretar o clasificar en otros tipos de pensamientos para evitar su alteración (Kunda & Oleson, 1995; Richards & Hewstone, 2001). Este mecanismo cognitivo se puede observar en situaciones donde, frente a nueva información que contradice al estereotipo, las personas tienden a anclarse a la creencia de que están frente a una excepción a la regla, en lugar de cuestionar al estereotipo.

Pérez et al. (2024) destacan entre las principales características de los estereotipos que son cognitivos, generalizables, culturalmente transmitidos y resistentes al cambio. Aunque parezcan inocuos, sus efectos son significativos, ya que, no solo influyen en los pensamientos y decisiones, sino también en los comportamientos manifiestos hacia los grupos a los que se refieren, en muchas ocasiones de manera inconsciente. Se establece así que, el estereotipo permite el establecimiento de una jerarquía social y legitima relaciones de poder entre los grupos (Fiske, 2018).

En síntesis, los estereotipos son herramientas cognitivas que simplifican la realidad social, pero su rigidez y resistencia a los datos contradictorios perpetúan sesgos acerca de las colectividades y refuerzan dinámicas de exclusión y potencial discriminación.

Prejuicio

En psicología social, el prejuicio se define como una actitud o predisposición desfavorable hacia un grupo o sus participantes, basada en creencias simplistas y generalmente negativas (Baron & Byrne, 2005).

Esta postura suele estar fundamentada en estereotipos, ideas irracionales y no en experiencias directas o conocimientos verificados sobre los sujetos en cuestión (Picado et al., 2019). Los prejuicios son persistentes y pueden perdurar aun cuando se presenten evidencias que

contradican las creencias negativas, debido a su arraigo en patrones de pensamiento rígidos y emociones intensas, como el miedo o la hostilidad (Etchezahar et al., 2016; Riso, 2014).

Según el psicólogo social Floyd Allport (1954), quien fue uno de los primeros investigadores que profundizar en este fenómeno psicosocial, señala la relación directa del prejuicio y las relaciones sociales, comprendiendo tres dimensiones en este vínculo.

En primer lugar, la cognitiva en que se sustenta el prejuicio en base a estereotipos y creencias infundadas respecto a grupos externos y distintos al propio. En segundo lugar, se distingue la dimensión afectiva o emocional que se comprende como todos los sentimientos negativos como la antipatía en contra al exogrupo que son complejos de modificar. Es por eso que el prejuicio es una actitud persistente y resistente al cambio. Finalmente, se encuentra la expresión conductual que representa a todas aquellas acciones negativas en contra del exogrupo y sus integrantes. Es importante destacar que este proceso se dirige hacia grupos sociales y no hacia individuos aislados. Esta orientación hacia la colectividad permite que se generalicen actitudes y creencias en base a la pertenencia grupal.

A pesar de las consecuencias mencionadas, también desde esta visión teórica, se sugiere que el contacto entre los distintos grupos, por medio de condiciones mínimas como las relaciones de cooperación y la igualdad de estatus pueden contribuir a reducir los prejuicios.

Pettigrew (1982) profundiza los conocimientos acerca del prejuicio y señala que existen motivaciones de poder en la creación y mantenimiento de este proceso a nivel societal. Indica en su obra *Prejudice*, que esta disposición negativa, reside en la necesidad de validación de la autoestima por parte de quien lo ejerce y asimismo explica cómo a través de su utilización se justifica el orden y el control de una sociedad. Los aportes de Pettigrew (1982) permiten establecer las bases del entendimiento del prejuicio como un esquema y su influencia en la forma que procesamos la información sobre los otros grupos.

El prejuicio desde una perspectiva más cognitiva se convierte en una especie de circuito cerrado que tiende a aumentar su fuerza con el paso del tiempo y explica cómo puede desencadenarse de forma automática cotidiana. La perpetuación de este proceso puede incluir la tendencia a actuar en forma negativa con quienes son objeto del mismo, o comportamientos

manifiestos, lo que nos lleva a entender la discriminación que viven distintas personas y grupos minorizados que estigmatizados por ser parte del exogrupo.

Estigma

El estigma de acuerdo con Goffman (1963/1986) se define como un atributo que desacredita a una persona al punto de dañar su identidad. Esto responde a que la etiqueta no es deseable socialmente o incluso considerada inhumana. Entre los elementos que han sido objeto de estigmatización en la historia se distinguen: discapacidad, enfermedad, el aspecto físico, identidad de género, orientación sexual, entre otros.

De acuerdo con sus postulados, indica que el estigma emerge en la interacción social, cuando los atributos que posee un individuo no satisfacen las expectativas sociales (Goffman, 1963/1986). A partir de este carácter, quien porta el estigma pasa a ser percibido como un ente cuestionado, disminuyendo su valor social.

Para Goffman (1963/1986), el proceso de estigmatización incluye una dinámica de exclusión, en que quienes viven el estigma, pueden ser discriminados, rechazados y desaprobados a participar en la sociedad. (Link & Phelan, 2014). Entre las principales consecuencias que se experimentan, se visualizan la baja autoestima, el daño a la autoimagen y las dinámicas de exclusión social (Miric et al., 2017).

La conceptualización de este autor define el proceso en que ciertas identidades y características son objeto de discriminación y marginación social, siendo una herramienta esencial para estudiar temas como la salud mental, la diversidad de género, y otros fenómenos de exclusión social. Howard Becker, también aborda el estigma, pero desde la teoría del etiquetado (1963), bajo este paradigma, este fenómeno psicosocial se relaciona directamente con el concepto de desviación social.

La desviación es una construcción social con normas que son definidas y reforzadas por los grupos de poder y autoridad (Lemert, 1967). El énfasis, se encuentra en la división de la población en grupos "normales" y otros "desviados", es en función de esta segmentación, es que actúa la etiqueta negativa o estigmatizadora para quienes no cumplen las reglas (Becker & Arnold, 1986).

La etiqueta del desviado se convierte en parte fundamental de su identidad, quien ahora es percibido y tratado como alguien que no encaja o que es problemático (Bernburg, 2019). La persona, al ser vista y excluida por problemática, puede adoptar esta identidad en una posible profecía autocumplida, profundizando en comportamientos que la sociedad asocia con su estigma (Lemert, 1967). Este fenómeno suele ocurrir en poblaciones minorizadas o en personas en situación de vulnerabilidad (Becker & Arnold, 1986).

El enfoque de Becker, aporta una perspectiva crítica al proceso de construcción de grupos estigmatizados y a las consecuencias vitales para quienes son asignados como desviados (López, 2016; Silberberg, 2022). Esto es relevante para analizar la construcción y mantención de los prejuicios sociales, y en el caso de comunidades marginadas, evidencia las afecciones del estigma en la vida, por ejemplo, de quienes integran la comunidad LGBTQIANB+ (Leite, 2023).

Discriminación

La discriminación es un comportamiento observable y que da cuenta de los prejuicios dirigidos hacia una persona o grupo social, basándose en aquellas características que sean percibidas distintas dentro de un contexto social. Por ejemplo: la raza, etnia, género, orientación sexoafectiva, identidad de género, religión, situación de discapacidad entre otras etiquetas (Correll et al., 2010; Pager & Shepherd, 2008).

Este comportamiento es injustificable desde una perspectiva ética, ya que no está relacionado con las capacidades, esfuerzos o méritos, sino con la pertenencia a una categoría que implica una marginalización social (Al Ramiah, Hewstone, Dovidio & Penner, 2010).

Desde una perspectiva conceptual, la discriminación implica tres dimensiones principales:

En primer lugar, este fenómeno se distingue por surgir de actitudes prejuiciosas que atribuyen valores negativos o inferiores a determinados colectivos (Pager & Shepherd, 2008). Aunque no siempre se manifiesta en forma abierta, la discriminación las convierte en prácticas explícitas o implícitas que perpetúan desigualdades y exclusión social (Al Ramiah et al., 2010; Link & Phelan, 2014). Es necesario mencionar que estas acciones no son intencionales siempre, ya que, también pueden estar influenciadas por sesgos inconscientes, normas sociales o sistemas

estructurales que perpetúan estas prácticas.

En segundo lugar, la discriminación tiene múltiples expresiones, por ejemplo, se manifiesta en forma explícita, a través de comportamientos abiertamente prejuiciosos y actos de exclusión directos por su pertenencia al grupo estigmatizado (Correll et al., 2010). También en forma implícita, donde aquellas decisiones o juicios acerca del entorno, se someten a la influencia de prejuicios no conscientes, frecuentemente institucionalizados o normativizados (Araya et al., 2020).

También se distinguen la discriminación simbólica, donde se utiliza el lenguaje, los símbolos o normas que refuerzan la subordinación de ciertos grupos (Reyes & Baeza, 2013) y la discriminación estructural que refleja las inequidades sistémicas que perpetúan desigualdades históricas, tales como la exclusión económica o social de ciertos grupos (Link & Phelan, 2014).

Finalmente, este proceso psicosocial posee consecuencias observables en cada individuo y al colectivo que pertenece, se distingue que, a nivel individual, puede provocar estrés crónico, ansiedad, depresión y baja autoestima, además de impactos físicos como problemas de salud relacionados con el estrés (Lewis et al., 2015). A nivel social, fomenta tensiones, divisiones, exclusión y desigualdad, afectando la cohesión y la justicia social (Araya et al., 2020).

La discriminación no es estática, sino que se adapta a las normas sociales y legales de cada época, trascendiendo, formas explícitas como la segregación racial legal que han sido reemplazadas por formas más sutiles de exclusión, influenciadas por presiones sociales y miedo a represalias (Link & Phelan, 2014). Este carácter dinámico exige un análisis constante de las formas en que se perpetúa la discriminación en diferentes ámbitos sociales.

En resumen, la discriminación no es solo una práctica injusta hacia un grupo; es un fenómeno conductual complejo que combina busca limitar el acceso de ciertos grupos a recursos, derechos y oportunidades a través de la perpetuación de prejuicios, dinámicas de poder y estructuras sociales, afectando el desarrollo integral de los individuos y reproduciendo contextos de desigualdad estructural.

Discriminación LGBTQIANB+

La discriminación hacia la comunidad LGBTQIANB+ representa una forma estructural de exclusión social y constituye una violación significativa de los derechos humanos a nivel global (CIDH, 2015). Este fenómeno, presente en diversos contextos sociales, económicos y culturales, se traduce en limitaciones en el acceso a derechos básicos, y en la perpetuación de un ciclo de violencia simbólica y explícita que refuerza desigualdades históricas (Garrido & Barrientos, 2018).

La discriminación puede adoptar diversas formas, desde la exclusión social hasta la violencia explícita. Según Herek et al. (1991) las personas de la diversidad sexual enfrentan agresiones físicas, violencia sexual y despidos laborales debido a su orientación diversa. Estas experiencias limitan el acceso a recursos esenciales, como los servicios de salud y también impactan en forma negativa y a largo plazo el bienestar psicológico de esta comunidad (Araya et al., 2020).

En Estados Unidos, estudios realizados por la Gay, Lesbian & Straight Education Network (GLSEN) destacan que un 33% de los estudiantes LGBTQIANB+, es decir, un tercio, han sido víctimas de acoso verbal o físico en sus instituciones educativas debido a su orientación sexual mientras que más del 50% reportaron escuchar insultos de manera habitual (Coker et al., 2010). Este tipo de experiencias no solo afectan el rendimiento académico de los jóvenes, sino que también comprometen su salud mental y desarrollo emocional.

La discriminación hacia este grupo tiene un impacto profundo en su salud mental, que afecta significativamente sus niveles de autoestima y bienestar psicológicos. Investigaciones en Latinoamérica indican que estudiantes universitarios pertenecientes a esta comunidad, tienen mayores tasas de baja autoestima en comparación con sus pares heterosexuales (Ceballos & Prieto, 2013). La correlación anteriormente señalada se puede explicar por la interiorización de prejuicios y estigmas sociales, lo que puede derivar en trastornos de ansiedad, depresión y aislamiento social. Chávez (2025), sugiere que el rechazo social basado en los prejuicios y la homofobia son factores determinantes en los niveles de autoestima de las personas LGBTQIANB+, reforzando un ciclo de exclusión y estigmatización.

La discriminación no solo tiene un impacto individual, sino que también refuerza valores heteropatriarcales en las estructuras sociales. Ruiz et al. (2018) define la discriminación hacia personas LGBTQIANB+ como un tipo de violencia de género que surge de patrones heteronormativos. Esta violencia no solo afecta a las víctimas, sino que además perpetúa jerarquías sociales basadas en la exclusión y el privilegio heterosexual, limitando el desarrollo pleno de personas LGBTQIANB+ en su vida (Saldivia et al., 2017)

Promover la inclusión y la diversidad requiere no solo el reconocimiento de derechos legales, sino también de un cambio cultural que desafíe las estructuras heteronormativas y los valores patriarcales que perpetúan la discriminación (CIDH, 2015). Iniciativas educativas, campañas de sensibilización y políticas públicas integrales son fundamentales para garantizar la igualdad de derechos y oportunidades para la comunidad diversa (Beltrán et al., 2024).

Situación Actual de la Población LGBTQIANB+

El contexto actual de la población LGBTQIANB+ en Chile se caracteriza por una persistente brecha entre los avances normativos en materia de derechos y las experiencias concretas de discriminación y violencia que enfrentan sus integrantes. De acuerdo con el Informe Anual de Derechos Humanos (2025) del MOVILH, desde el año 2003 a la fecha se ha registrado un aumento del 52,6% en los casos y denuncias por discriminación hacia personas de la diversidad sexual, alcanzando las cifras más altas reportadas en el país.

En esta misma línea, la Subsecretaría de Prevención del Delito (2021) señala que, de un total de 3271 personas encuestadas, un 89,3% ha experimentado al menos un episodio de discriminación a lo largo de su vida. Esta situación se intensifica en la población trans, donde las cifras alcanzan un 94,1% a lo largo de la vida y un 85,4% en el último año. Estos antecedentes dan cuenta de un escenario estructural de exclusión que impacta de manera significativa en las trayectorias de vida y en el acceso a derechos fundamentales.

Dentro de estas expresiones de violencia, los crímenes de odio constituyen una de sus manifestaciones más extremas, en tanto reflejan el rechazo hacia identidades y expresiones de género y orientaciones sexuales que se desvían de la norma social (Moyano et al., 2021). Este tipo de violencia se inscribe en un entramado sociocultural que, históricamente, ha tendido a normalizar y justificar la exclusión de las personas LGBTQIANB+, reproduciendo lógicas heteronormativas y patriarcales (Sevilla-González, 2007; Toro-Alfonso, 2012).

A nivel regional, la emergencia de movimientos anti-género en América Latina ha contribuido a reforzar discursos conservadores que tensionan los avances en derechos sexuales y reproductivos, generando un escenario de disputa política y cultural en torno a la legitimidad de las identidades diversas (Corrales, 2022; Corrêa, 2022; Ritholt & Mesquita, 2023). Estas dinámicas evidencian que la violencia y discriminación no solo operan a nivel interpersonal, sino también estructural, a través de marcos institucionales y discursos sociales que limitan el reconocimiento pleno de estas identidades.

En el caso chileno, si bien la legislación ha avanzado en el reconocimiento de derechos, como la Ley N° 21.120 (2018) que reconoce la identidad de género como una vivencia interna y personal, persisten importantes desafíos en su implementación y en la garantía efectiva de condiciones de igualdad. En este sentido, la discriminación y la violencia hacia la comunidad LGBTQIANB+ pueden comprenderse como el resultado de estructuras sociales, culturales y políticas que continúan reproduciendo desigualdades.

Este escenario subraya la relevancia de investigaciones que permitan visibilizar estas problemáticas desde las experiencias situadas de las personas, aportando evidencia que contribuya al diseño de políticas públicas inclusivas y a la transformación de prácticas institucionales, particularmente en ámbitos como la atención en salud.

Prácticas Afirmativas o Enfoque Clínico Afirmativo

La psicoterapia afirmativa para personas LGBTQIANB+ ha surgido como un enfoque esencial para abordar las necesidades específicas de esta población, proporcionando un espacio seguro y comprensivo que reconoce y valora la identificación dentro del colectivo, como un aspecto positivo de la identidad y la vida de una persona (American Psychological Association, 2021; Rock et al., 2010; Vidal-Rojas et al., 2025).

Haciendo alusión a un enfoque dentro de la psicoterapia y la práctica clínica que reconoce y valida las experiencias de las personas LGBTQIANB+ (Mezquida, 2023), esta mirada no solo se enfoca en los problemas y desafíos que enfrenta este colectivo, sino que también celebra sus identidades y culturas, promoviendo un bienestar integral (Vidal-Rojas et al., 2025).

A través de sus intervenciones, este enfoque busca minimizar los efectos de la violencia y

el odio a las que se enfrentan estas personas, mediante acciones psicosociales efectivas, abordando las particularidades de quienes se identifican como parte de la diversidad sexual (Mussi & Malerbi, 2020; Pérez-Calvo et al., 2022).

En forma paralela, este modelo se centra en la despatologización de las identidades LGBTIQANB+ al reconocer la negatividad, fobia/odio y cis heteronorma a la que se ven expuestas las/os/es consultantes de la comunidad diversa (Argyriou, 2022a; Tomicic, et al., 2024). Asimismo, busca comprender cómo se construyen las ideas en torno a las expresiones de discriminación, para eso analiza los procesos de naturalización, normalización y banalización de la violencia de carácter ódico en diferentes niveles, individual, institucional y estructural (Argyriou, 2022b; Billard, 2019).

Mezquida (2023) señala que la psicología afirmativa se desarrolló de forma contestataria a las corrientes feministas y al activismo de género que persistían en el cuestionamiento y la patologización de las identidades trans y todas aquellas estructuras sociales heterocisnormativas del género.

La American Psychological Association (APA) y su división de orientación de diversidad y género (2021) destacan la influencia negativa de la discriminación y la violencia en las personas de la comunidad diversa, subrayando la importancia de la psicología afirmativa para proporcionar herramientas de autoaceptación, superación del rechazo y del maltrato.

En las últimas décadas, se ha reconocido la necesidad urgente de abordar las disparidades en salud mental que enfrentan las personas LGBTQIANB+. A pesar de los avances en la aceptación social, estas comunidades continúan experimentando altas tasas de trastornos mentales, exacerbados por la discriminación y el estigma (Meyer, 2013; Williams & Mann, 2017).

La psicoterapia y las prácticas clínicas afirmativas han surgido como un enfoque esencial para proporcionar un espacio seguro y comprensivo que valida las identidades de género y sexuales diversas (American Psychological Association, 2021).

Prácticas Desfavorables en Salud

Las personas de la diversidad sexual suelen experimentar diversas inequidades, discriminaciones y barreras durante el desarrollo de su identidad y expresión de género. La falta de apoyo, orientación y desconocimiento que existe acerca de estas personas, así como los escasos espacios afirmativos para su desarrollo, pueden asociarse a situaciones de rechazo y exclusión en sus entornos más cercanos como el familiar, escolar y social (Ministerio de Salud, 2021).

La patologización hacia la diversidad sexual y genérica invisibiliza sus problemáticas y necesidades, ya que se homologa sus enfermedades como consecuencia de sus identidades diversas, situación que impide comprender las desigualdades a las que se ven enfrentadas estas personas (Barrientos et al., 2023).

Estas desigualdades se evidencian en las discriminaciones que sufren a diario las personas de la comunidad diversa, lo que transgrede sus derechos humanos y produce sensaciones de rechazo y de odio (CIDH, 2015), aun considerando que el espacio de la salud pública se identifica como uno de los principales espacios co-garantes de derechos (Ministerio de Salud, 2024).

El personal de salud mental puede involuntariamente mantener prejuicios y actitudes negativas en su quehacer (Martínez et al., 2019). La inexistencia de formación específica, el desconocimiento de la cultura LGBTQIANB+, así como una escasa autoconciencia sobre las propias creencias hacia la diversidad, pueden resultar en tratamientos donde las personas experimenten microagresiones (Martínez et al., 2018). Esto puede reforzar en las usuarias/os/es, sus temores y desconfianza hacia la atención, generando una sensación de desesperanza en cuanto a la ayuda que podrían recibir (Tomicic et al., 2019).

Lo anterior, se presenta como un obstáculo para acceder a una atención de calidad y en un tiempo oportuno, y se configura como otra manifestación de desigualdad en el ámbito de la salud para quienes forman parte del colectivo LGBTQIANB+ (Martínez et al., 2018).

Considerando este entorno social que continúa afectando de forma adversa la formación de una identidad sexual libre y saludable, así como la salud mental de las personas

LGBTQIANB+, es crucial una atención que sea sensible a este contexto sociohistórico, político y económico, el cual ejerce una influencia específica en esta comunidad (Estay et al., 2020).

Revisión de las investigaciones previas

En los últimos años, se ha profundizado las revisiones sistemáticas e investigaciones, con la finalidad de conocer la realidad de las personas de orientaciones, expresiones y relacionamientos diversos o fuera de la normal social, siendo el estudio de las personas NB y TNB incipientes en su materia. En primer lugar, los hallazgos en la atención de salud hacia este grupo señalan experiencias contrastantes que oscilan entre prácticas desfavorables y afirmativas (Barnett et al., 2023; Call et al., 2021; Chang et al., 2021).

Por un lado, la discriminación, el estigma y la patologización de las identidades diversas son indicadas como barreras estructurales que perpetúan una atención inadecuada, restringiendo el acceso a servicios sensibles y competentes (Bauer et al., 2021; Cronin et al., 2023; Scheim et al., 2022). Estas dificultades generan experiencias negativas como exclusión, microagresiones y falta de validación, lo que impacta profundamente el bienestar físico y mental, especialmente en las personas NB y TNB (Austin et al., 2017; Barr et al., 2022; Javellana et al., 2025; Johnson et al., 2024).

Una revisión sistemática realizada en Australia por Javier et al. (2024) manifiesta que efectivamente las personas TNB se enfrentan a complejidades en el acceso a la atención de salud, debido a la falta de reconocimiento de sus identidades, así como la falta de comprensión competentemente adecuada para esta población.

Al comparar a la población cisgénero y heterosexual con las personas trans, NB y TNB, se evidencia una diferencia en salud física y mental en desmedro hacia las personas del primer grupo, demostrando que esta comunidad está más expuesta a experimentar dificultades de salud física y mental que influyen negativamente en su bienestar (Williams & Mann, 2017). Además, existe un mayor riesgo de sufrir situaciones de victimización y violencia, deserción escolar, rechazo familiar, conductas sexuales de riesgo y riesgo suicida (Johns et al., 2019).

En Canadá, Jacobsen et al. (2023) resalta el impacto del malgenerización en la salud mental y bienestar de las personas no binarias. De una muestra de 1091 personas NB y TNB, un 59% de quienes participaron de este estudio, señalan que se les asignaba un género incorrecto a diario, lo que desencadena ansiedad, estrés postraumático e insatisfacción corporal. Esta

invalidación se vincula con una peor salud mental y menor disposición a buscar atención médica.

Estudios recientes en Estados Unidos, han identificado que la atención sanitaria para personas LGBTQIANB+ sigue siendo deficitaria debido a la falta de conocimiento de los equipos profesionales de salud (Ruud et al., 2021). La ausencia de formación en temáticas de diversidad en los planes de estudio de carreras del área de la salud, podría contribuir a la discriminación en el quehacer profesional, lo que repercutiría en una atención inefectiva. Bindman et al. (2022) documentan que, incluso en centros de salud que se autodenominan inclusivos en ese país, las personas NB y TNB reportan experiencias de invalidación y patologización de sus identidades de género.

En respuesta a los fenómenos de invalidación y discriminación antes señalados, las prácticas afirmativas en salud han surgido como un enfoque necesario para contrarrestar estas desigualdades (Call et al. 2021; Coleman et al., 2022; Lippe et al., 2023). Estas prácticas se centran en validar las identidades, ofreciendo un entorno seguro y respetuoso que fomenta la inclusión y mejora la calidad de la atención (McKinney et al., 2020). Así, la implementación de estos enfoques no solo busca mitigar el impacto del estigma, sino también garantizar un acceso equitativo y promover el bienestar integral de las personas LGBTQIANB+ (Call et al., 2021; McGeough et al., 2023; Zamora, 2020).

Javellana et al. (2025) enfatiza en el papel del personal de salud con enfoque comunitario, como catalizadores para mejorar el acceso equitativo a servicios de salud mental, especialmente para comunidades trans y de otras intersecciones como las personas NB y TNB racializadas.

En este sentido, Javellana et al. (2025) destaca que quienes trabajan en este contexto, pueden actuar como mediadores entre las instituciones de salud y la comunidad trans, reduciendo barreras económicas, estructurales y sociales. Se ha observado que la integración de programas de educación en salud y de apoyo psicosocial hacia el personal sanitario mejora los resultados en salud mental y bienestar general en poblaciones TNB (Barnett et al., 2023; Chang et al; 2021; Pachankis et al., 2021). Sin embargo, aún persisten desafíos en la implementación de estos programas debido a la falta de recursos y políticas de financiamiento.

Los hallazgos contemporáneos enfatizan la relevancia de una atención sanitaria inclusiva legislada a través de una política pública, esto con la finalidad de generar atenciones que reconozcan y validen las existencias de las personas NB y TNB para disminuir las barreras de atención.

Grey et al. (2023) en su estudio en Canadá señala que existe una necesidad creciente de realizar investigación y políticas sociales dirigidas a mejorar la salud de personas LGBTQIANB+ y ajustarse al abordaje de las necesidades específicas de estas comunidades. De acuerdo con su evidencia, existen barreras de acceso a la atención incluso antes del COVID-19, y que se intensificaron durante la pandemia debido a la redistribución de recursos en la salud pública. Por consecuencia, cuando se alude a la salud de las personas NB y TNB, se hace referencia a un problema de salud pública.

Burchell et al. (2024) realizó un estudio cualitativo a 12 personas NB y TNB, quienes a través de entrevistas reafirman que más allá de las actitudes abiertamente transólicas o el desconocimiento, las personas se anticipan al estigma al interactuar con quienes proveen atención sanitaria, haciendo alusión a que deben salir del “*closet trans*” pero con temor a las posibles consecuencias de discriminación o invalidación.

Motmans et al. (2019) argumentan que los modelos binarios de atención médica deben ser reemplazados por estructuras más flexibles y centradas en las necesidades individuales de personas usuarias del sistema de salud NB y TNB. Según esta perspectiva, un enfoque basado en el consentimiento informado y en la autodeterminación de género es crucial para garantizar una atención equitativa y humanizada para todas las personas.

La literatura actual sugiere que las políticas de salud deben adoptar un enfoque más inclusivo y orientado a la diversidad de género. Moseson et al. (2020) advierte que, al aludir a estas temáticas, usualmente se conceptualiza, por ejemplo: la salud reproductiva como “salud de la mujer” excluyendo a NB y TNB, lo que genera vacíos en la cobertura sanitaria de estas poblaciones.

Acorde a la revisión del estado del arte, se demuestra que las personas NB y TNB enfrentan barreras estructurales significativas en su atención, derivadas del estigma, la discriminación y la falta de capacitación de los equipos de salud (Bauer et al., 2021; Cronin et al., 2023; Scheim et al., 2022).

Estas dificultades tienen un impacto profundo en el bienestar físico y mental de esta población, generando experiencias de exclusión, microagresiones y falta de validación (Austin et al., 2017; Barr et al., 2022; Javellana et al., 2025; Johnson et al., 2024). En particular, la malgenerización ha sido identificada como un factor clave que contribuye al deterioro de la salud mental en personas NB y TNB, provocando ansiedad, estrés postraumático e insatisfacción

corporal (Jacobsen et al., 2023). En contraste, la implementación de prácticas afirmativas ha surgido como un enfoque esencial para mitigar estas desigualdades, promoviendo entornos seguros e inclusivos (Call et al., 2021; Coleman et al., 2022; Lippe et al., 2023).

Se ha demostrado que validar las identidades de género en los espacios de salud mejora significativamente el bienestar de esta comunidad, reduciendo los efectos negativos del estigma y facilitando un acceso más equitativo a los servicios sanitarios (McKinney et al., 2020; McGeough et al., 2023; Zamora, 2020). Asimismo, la capacitación del personal sanitario en enfoques de atención comunitaria ha sido identificada como una estrategia clave para mejorar la calidad del servicio y reducir las barreras estructurales (Barnett et al., 2023; Chang et al., 2021; Javellana et al., 2025; Pachankis et al., 2021).

A nivel global, diversas investigaciones han señalado la urgencia de reformar los sistemas de salud para incorporar modelos de atención que reconozcan y validen las identidades NB y TNB, superando la rigidez del binarismo de género en la medicina (Moseson et al., 2020; Motmans et al., 2019). Sin embargo, persisten desafíos en la implementación efectiva de estas estrategias debido a la falta de recursos y políticas públicas que aseguren una atención equitativa y libre de discriminación (Burchell et al., 2024; Grey et al., 2023). De hecho, en países como Canadá y Estados Unidos, la ausencia de formación en diversidad de género dentro de los planes de estudio de las carreras del área de la salud ha sido identificada como un factor que perpetúa la discriminación en el ámbito sanitario (Ruud et al., 2021; Bindman et al., 2022).

En este contexto, la necesidad de estudios que aborden esta problemática desde realidades locales es trascendental. Comprender las experiencias de las personas NB y TNB en el sistema de salud primaria en Chile permitirá visibilizar sus dificultades y contribuir al desarrollo de estrategias más inclusivas (Javier et al., 2024).

Estudios recientes han señalado que la exclusión de esta población de los marcos normativos y de las políticas de salud pública genera vacíos en la cobertura sanitaria, lo que refuerza la urgencia del objetivo de este trabajo (Moseson et al., 2020). Así, esta investigación se posiciona como un aporte clave para el avance de políticas de salud que aseguren un acceso digno y efectivo para todas las personas, sin importar su identidad de género, pero a la vez validando y comprendiendo sus biografías e historias vitales.

Planteamiento de pregunta de investigación, objetivos e hipótesis de investigación

1. ¿Cómo es la experiencia de atención en salud primaria para las personas no binarias y trans no binarias?
2. ¿Cuáles son las representaciones y actitudes que tiene el personal sanitario de atención primaria sobre personas usuarias no binarias y trans no binarias?

Objetivo general

Describir las experiencias relacionadas con la atención sanitaria de personas NB y TNB y de sus profesionales tratantes en el nivel primario de salud.

Objetivos específicos

Distinguir cuáles son las experiencias afirmativas y estigmatizantes de las personas NB y TNB en su atención de salud primaria.

Conocer las representaciones y actitudes que posee el personal sanitario en torno a sus personas usuarias NB y TNB.

Analizar desde una perspectiva autoetnográfica, las vivencias personales dentro del sistema de salud primaria, identificando las barreras, oportunidades y dinámicas en la atención hacia personas NB y TNB.

Supuestos de investigación

- El personal de salud primaria en Concepción, tienen estereotipos y prejuicios sobre las personas usuarias NB y TNB, lo que contribuye al estigma y la discriminación en la atención de salud.
- Las personas usuarias NB y TNB experimentan ansiedad, tristeza, rechazo, y estrés como respuesta a la estigmatización por parte del personal sanitario en nivel primario de atención.
- La experiencia de discriminación y percepción de estigma de las personas usuarias no binarias y trans no binarias limitan la búsqueda de ayuda y se restringe acceso a la atención de salud.

Método

Para la realización de esta investigación se decidió utilizar la metodología cualitativa,

entendida como cualquier investigación cuya producción de conocimiento no se basa en estadísticas u otros medios de cuantificación (Strauss & Corbin, 2002). Esta metodología se caracteriza por ser flexible, no secuencial y más bien inductiva; en el sentido que, en lugar de plantear una teoría a contrastar con la realidad, se va de lo particular a lo general, buscando explorar y describir para desde ese punto generar perspectivas teóricas.

Desde esta lógica cualitativa, la recolección de datos tiene como centro de interés la percepción de quienes participan de la investigación, buscando así “reconstruir” la realidad tal como es percibida por sus protagonistas (Hernández et al., 2014).

Strauss y Corbin (2002) dividen la investigación cualitativa en tres componentes básicos:

Los datos, que usualmente provienen de entrevistas o documentos, estos pueden inicialmente ser cualitativos o haber sido datos cuantificados para otros propósitos. Estos datos son sometidos a un análisis no matemático de interpretación, a fin de descubrir conceptos y relacionarlos entre sí para organizar esta información en un esquema explicativo teórico, esto suele clasificarse como *codificación* y se encuentra dentro del segundo componente de la investigación, los *procedimientos*. El tercer componente presentado son los *informes escritos o verbales*, como es la presente investigación.

Dado el carácter psicosocial del objeto de estudio, su poca exploración hasta la actualidad y los objetivos planteados en la formulación de esta investigación se considera a la metodología cualitativa como la más adecuada para el estudio. Sumado a que uno de los rasgos esenciales según Flick (2007) son las perspectivas de sus participantes y diversidad, estudiando los significados sociales y subjetivos que dan al objeto en cuestión, valorando su propio conocimiento.

Diseño de investigación: fenomenológico hermenéutico

El método fenomenológico se centra en cómo las personas perciben y experimentan el mundo circundante, con la finalidad de obtener una comprensión más profunda de los orígenes y la naturaleza de los procesos que informan las comunidades (Husserl, 1998; 2008).

Desde esta aproximación se estudia y analiza los relatos de las personas, profundizando

en la comprensión compleja de los fenómenos (Ayala-Carabajo, 2017; Fuster, 2019). Conocer el sentido profundo de las vivencias es trascendental, ya que, permite la comprensión de una experiencia desde su contexto de origen e incluso permitiendo su transformación (Husserl, 1998; San Martín, 1986). Se define, así como una orientación teórica que estudia los significados más allá de lo que es posible cuantificar o medir, lo que se contraponen a lo propuesto por visiones como el realismo, el empirismo o el positivismo (Fuster, 2019; Guardián, 2007).

El abordaje desde la visión fenomenológica implica que la persona que investiga debe “poner entre paréntesis” sus propios prejuicios y preconcepciones, para posibilitar que los datos del estudio hablen por sí solos (Ayala-Carabajo, 2017).

Desde la epistemología este posicionamiento busca responder a la interrogante ¿cómo es posible alcanzar el conocimiento? Para ello, se parte de la estructura del contenido y de la interpretación de la realidad a través de significados subjetivos. Estos últimos no son exclusivos e inherentes al individuo, sino que poseen una dimensión social, ya que implican la interpretación de quien lo estudia, convirtiendo así lo “objetivo” como una forma de intersubjetividad. (Ayala-Carabajo, 2017; Fuster, 2019; Guardián, 2007).

Asimismo, el nivel hermenéutico, refiere a la ciencia que interpreta las vivencias, que reconoce que siempre existe un proceso profundo a investigar en las experiencias humanas, que está mediado por el contexto, la cultura y el lenguaje (Aguilar, 2004; Ayala-Carabajo, 2017; Barbera & Inciarte, 2012).

Quien investiga desde este posicionamiento no asume una posición neutral, ya que, se compromete a la reflexión e interpretación continua de los fenómenos, permaneciendo su visión como parte del estudio y enfatizando en cómo las personas descifran sus experiencias y los factores que le influyen (Guardián, 2007; Parker, 2004).

En la fenomenología hermenéutica de Heidegger (2003; 2015) se fusionan las dos visiones, la primera corresponde al desarrollo y acercamiento hacia las experiencias subjetivas, y la segunda es el reconocimiento de que la descripción de las experiencias implica un acto de interpretación.

El entendimiento del conocimiento bajo este paradigma no posibilita una observación

imparcial de las experiencias; ya que, para comprender toma un papel fundamental el lenguaje y la comprensión cultural (Guerrero-Castañeda, et al., 2019; León, 2009).

Fases del método fenomenológico hermenéutico de acuerdo con las propuestas de Guardián (2007), Husserl (1998) & Van Manen (2017).

Primera fase: Etapa previa o clarificación de presupuestos

En esta primera etapa, quien investiga debe reconocer y aclarar los presupuestos, preconcepciones y teorías que posee antes de comenzar con la investigación.

Las influencias de la cultura, la religión, principios éticos y otras formas de preconcepción que podrían influir en el cómo interpreta los fenómenos a estudiar. La finalidad de esta fase es ser consciente de estos prejuicios para lograr una mayor objetividad.

Surge así el concepto de "epojé" o suspensión de los juicios previos, que explica que la persona que investiga no prescinde totalmente de las teorías que explican cada experiencia, pero busca distanciarse de ellas.

Segunda fase: Recoger la experiencia vivida

En esta etapa, la atención está en la descripción del fenómeno de la forma más completa y que refleje la perspectiva de quienes participan de la investigación. Se emplean múltiples fuentes de información, como las entrevistas en profundidad, observaciones, auto etnografías y anécdotas personales.

De acuerdo a Van Manen es primordial que la persona investigadora describa el fenómeno en forma individual antes que lo haga la comunidad, esto con el objetivo de lograr una mejor comprensión de lo que se está investigando.

Se distinguen diferentes métodos de recolección, que se profundizaran en los siguientes apartados como, por ejemplo:

Entrevistas en profundidad: Donde se buscará información biográfica y la interpretación subjetiva de la experiencia de quien se entrevista.

Observación cercana: Enfatiza en el proceso de aprehender directamente de la experiencia vivida por la persona, sin realizar un proceso anticipado de categorización.

Tercera fase: Etapa estructural o la reflexión sobre la experiencia vivida

En la etapa estructural el objetivo es captar la esencia del fenómeno que se investigó. La reflexión fenomenológica en este paso implica un esfuerzo por la comprensión profunda de la experiencia. Aunque en lo cotidiano se reflexiona sobre el significado de cada suceso, hacerlo estructuradamente en un proceso investigativo comprende mayor dificultad, ya que, implica un metaanálisis de la descripción superficial y llegar a la esencia de los conceptos.

Cuarta fase: Escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida

La última fase consiste en la integración de todos los eventos particulares en una estructura general que represente el fenómeno a estudiar. El producto a conseguir es una descripción sintética y completa de la experiencia, que buscará capturar los rasgos individuales en una estructura universal.

El fin último es generar un proceso que detalle las acciones y experiencias de las personas vivencialmente, considerando la interpretación continua y evidenciando cómo los significados son influenciados y reinterpretados por las creencias, valores y perspectivas de quien investiga y de quienes participan como parte del fenómeno.

Participantes, caracterización y muestreo cualitativo

La muestra en un estudio cualitativo se define como “un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc. Sobre el cual se habrán de recolectar datos, sin que necesariamente sea representativo de la población que se estudia” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 394). Puntualmente para esta investigación, los datos recopilados cumplieron con los siguientes criterios:

Grupo 1: Personas trans no-binarias y no binarias

Criterios de inclusión

- Personas que se identifican como NB o TNB.
- Haber recibido atención en un centro de salud primaria en Concepción en los últimos 24 meses.
- Edad igual o superior a 18 años.

- Consentimiento informado firmado.
- Disposición para participar en entrevistas en profundidad presencial o virtualmente.

Criterios de exclusión

- Personas que se identificaron con otras categorías identitarias incompatibles con la identidad NB o TNB.
- Personas con dificultades severas de comunicación que les haya impedido realizar las entrevistas (por ejemplo, barreras idiomáticas sin posibilidad de traducción o problemas de salud mental que lo dificulten).

Grupo 2: Personal sanitario

Criterios de inclusión

- Profesionales y personal técnico que hayan trabajado en atención primaria de salud en Concepción (incluyendo médicos/as, psicólogos/as, asistentes sociales, etc.).
- Haber entregado atención de salud a una persona NB o TNB, al menos 1 vez en los últimos 24 meses.
- Mínimo 12 meses de experiencia laboral en el sistema de salud primaria.
- Consentimiento informado firmado.
- Disposición a participar en entrevistas en profundidad presencial o virtualmente.

Criterios de exclusión

- No aplican en este grupo.

Muestreo cualitativo

Existen distintas estrategias para seleccionar el material que se integra en una investigación cualitativa. Glaser et al., (1968) desarrollaron el *muestreo teórico*, como una estrategia gradual para definir la estructura de la muestra. Esta se comprende como un proceso de recogida y análisis de datos que se realiza de forma paralela a la toma de decisiones respecto de qué evidencia se recogerá y el lugar donde se buscará, generando teoría a medida que emergen los datos (Flick, 2007).

En coherencia con este enfoque, la estructura muestral del presente estudio no fue definida de manera cerrada antes de iniciar el trabajo de campo. Por el contrario, se fue configurando de forma progresiva durante el proceso de recogida e interpretación de los datos, ajustándose a las categorías emergentes.

Las personas seleccionadas fueron aquellas que, según el estado de desarrollo analítico en cada momento, podían aportar información significativa y contribuir a la densificación conceptual de las categorías en construcción (Flick, 2007). El muestreo se orientó hacia casos que ofrecieran experiencias relevantes para comprender las dinámicas de atención en salud primaria hacia personas NB y TNB.

Para ello, se establecieron criterios de inclusión vinculados directamente con el objetivo del estudio, permitiendo incorporar o excluir casos según su pertinencia analítica.

Estrategias para proceder con los pasos de la selección

Las estrategias de muestreo se orientaron a describir el campo de estudio destacando dimensiones vivenciales significativas del fenómeno investigado (Flick, 2007). En este estudio se seleccionaron:

- Personas no binarias y trans no binarias que hubieran recibido atención en salud primaria en la comuna de Concepción.
- Profesionales del equipo sanitario que mantuvieran contacto directo con dicha población.

Se implementaron las siguientes modalidades de muestreo:

- Muestreo de intensidad, orientado a casos que permitieran explorar en profundidad cómo se vivencian los procesos y experiencias de atención en salud.
- Muestreo de conveniencia, utilizado para facilitar el acceso a participantes disponibles dentro de la ciudad de Concepción, sin comprometer la pertinencia analítica de los casos seleccionados.

La incorporación de nuevos casos se detuvo cuando la información comenzó a reiterarse y no emergieron propiedades nuevas para las categorías en desarrollo, alcanzándose saturación teórica.

Mecanismo de reclutamiento de participantes

El reclutamiento de participantes se realizó mediante un procedimiento planificado, voluntario y éticamente resguardado, dirigido tanto a personas usuarias NB/TNB como a profesionales de la salud que participaron en su atención en el nivel de atención primaria. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la carrera de Psicología de la Universidad de Concepción.

Inicialmente, se estableció contacto con los ocho dispositivos de atención primaria en la comuna de Concepción mediante correos electrónicos formales y llamadas telefónicas dirigidas a sus equipos directivos y referentes de diversidad. De estos, cinco Centros de Salud Familiar (CESFAM) aceptaron formalmente participar mediante la firma de una carta de compromiso institucional (ver Anexo 7). Dos dispositivos manifestaron su decisión de no participar en el estudio, mientras que un tercer establecimiento no respondió a los correos electrónicos ni a los intentos de contacto telefónico realizados durante el período de convocatoria. En consecuencia, no fue posible entrevistar profesionales pertenecientes a dichos espacios.

En los CESFAM que aceptaron participar, los/as referentes de diversidad —en coordinación con la Oficina de la Diversidad y No Discriminación de la Ilustre Municipalidad de Concepción— colaboraron en la difusión del estudio y en la canalización del contacto entre personas interesadas y la persona investigadora responsable. La convocatoria se difundió mediante afiches en espacios físicos y virtuales de los centros participantes, publicaciones en redes institucionales y colaboración con organizaciones comunitarias vinculadas a la diversidad sexual y de género. Asimismo, se aplicó el principio de “bola de nieve”, permitiendo que personas participantes refirieran a otras interesadas, siempre mediando consentimiento explícito.

Debido al alto interés manifestado por personas usuarias en los CESFAM colaboradores y con el objetivo de alcanzar el número proyectado de entrevistas, se programaron dos entrevistas adicionales en uno de los establecimientos participantes, seleccionado de manera aleatoria entre los centros disponibles. Con ello, se completó un total de doce entrevistas

realizadas (n=12), manteniendo coherencia con los criterios de inclusión previamente establecidos y con el enfoque de muestreo teórico adoptado.

Las personas interesadas se contactaron con la persona investigadora responsable mediante correo electrónico o mensajería privada. Posteriormente, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y se envió la hoja de información junto con el consentimiento informado. Las entrevistas fueron programadas sólo tras la confirmación voluntaria de participación.

Personas usuarias NB/TNB

Las personas participantes fueron mayores de 18 años, se autoidentificaron como no binarias o trans no binarias y habían recibido atención en un centro de salud primaria en Chile durante los últimos 24 meses. En total, participaron siete personas (n=7), de las cuales dos se identificaron como personas no binarias y cinco como personas trans no binarias.

El proceso de reclutamiento se desarrolló en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Concepción que manifestaron formalmente su disposición a colaborar mediante la firma de una carta de compromiso institucional (ver Anexo 7). Inicialmente, se estableció contacto con ocho dispositivos de atención primaria a través de correos electrónicos formales y llamadas telefónicas dirigidas a equipos directivos y referentes de diversidad.

De estos, cuatro CESFAM aceptaron participar en el estudio y formalizaron su colaboración mediante la firma de la carta de compromiso. Dos dispositivos declinaron su participación, mientras que dos establecimientos no respondieron a los intentos de contacto realizados durante el período de convocatoria. En consecuencia, la recogida de datos se llevó a cabo en los centros que confirmaron su participación.

En los CESFAM participantes, las personas referentes de diversidad —en coordinación con la Oficina de la Diversidad y No Discriminación de la Ilustre Municipalidad de Concepción— colaboraron en la difusión del estudio y en la canalización del contacto entre personas interesadas y la persona investigadora responsable. La Oficina apoyó la difusión mediante sus canales institucionales y redes colaborativas con organizaciones no

gubernamentales locales vinculadas a la defensa de los derechos de las diversidades sexuales y de género.

El reclutamiento contempló una estrategia de difusión mixta que incluyó:

- Difusión mediante afiches informativos en espacios físicos y virtuales de los CESFAM participantes, previa autorización de sus direcciones.
- Colaboración con organizaciones comunitarias y ONGs locales, quienes compartieron la convocatoria entre sus integrantes.
- Publicación de mensajes informativos en redes institucionales y comunitarias, incluyendo los objetivos del estudio y los datos de contacto de la persona investigadora responsable.
- Aplicación del principio de “bola de nieve”, permitiendo que personas participantes refirieran a otras interesadas, siempre mediando consentimiento explícito y resguardando la confidencialidad de los datos personales.

Las personas interesadas contactaron al investigador responsable mediante correo electrónico o mensajería privada. Posteriormente, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y se envió la hoja de información junto con el consentimiento informado. Las entrevistas fueron programadas tras la confirmación voluntaria de participación.

Profesionales tratantes

Las personas profesionales participantes (n = 5) se desempeñaban en centros de atención primaria en Chile y habían brindado atención directa o indirecta a personas trans o no binarias al menos una vez en los últimos 24 meses, contando además con un mínimo de 12 meses de experiencia laboral en el sistema de salud primaria.

El reclutamiento se realizó mediante:

- Difusión institucional en los CESFAM participantes, a través de los/as referentes de diversidad y las direcciones locales.
- Invitación directa mediante redes de contacto profesional y comunitario.

- Colaboración con la Oficina de la Diversidad y organizaciones locales para ampliar la difusión.
- Estrategia de referencias entre profesionales (tipo “bola de nieve”), bajo el mismo principio de voluntariedad y resguardo de datos personales.

Las personas interesadas fueron contactadas por correo electrónico o mensaje privado, recibiendo una descripción general del estudio y los criterios de participación. Quienes manifestaron interés recibieron la hoja de información y el consentimiento informado. La confirmación y el agendamiento de entrevistas se realizaron tras la aceptación expresa de participación.

Responsables y resguardo ético

El proceso de reclutamiento estuvo a cargo de la persona investigadora responsable, quien supervisó las comunicaciones, verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y resguardó la confidencialidad de toda la información recopilada.

Las personas referentes de diversidad de los CESFAM participantes y la Oficina de la Diversidad y No Discriminación de la Municipalidad de Concepción colaboraron en la difusión del estudio, sin tener acceso a datos personales de las personas participantes. Los registros de contacto y seguimiento fueron gestionados por la persona investigadora responsable, en una base de datos protegida mediante códigos alfanuméricos y almacenamiento digital seguro con acceso restringido.

No se recopilaban antecedentes clínicos sensibles ni identificadores personales innecesarios (como RUT o dirección). La participación fue voluntaria, con posibilidad de desistir en cualquier momento sin consecuencias. No se ofrecieron incentivos económicos que pudieran inducir la participación. En los casos en que fue necesario, se consideró el reembolso simbólico de gastos de transporte, conforme a lo autorizado por el Comité de Ética.

Instrumentos o Técnicas de Recolección de Información

Dado el diseño fenomenológico hermenéutico del estudio y el interés por comprender la perspectiva subjetiva de personas NB/TNB y profesionales de atención primaria, se utilizó como

técnica principal de recolección de información la entrevista en profundidad.

Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad se caracteriza por articular una guía temática previamente elaborada con la flexibilidad necesaria para profundizar en los aspectos emergentes durante el encuentro dialógico (Díaz et al., 2013; Janesick, 2001). Esta modalidad permitió mantener coherencia temática entre entrevistas, asegurando comparabilidad analítica, al tiempo que facilitó la exploración abierta de las experiencias subjetivas de las personas participantes.

Siguiendo a Ortí (1998), la entrevista en profundidad constituye una técnica central en investigaciones cualitativas orientadas a reconstruir significados y marcos interpretativos desde la perspectiva de quienes viven el fenómeno. En este estudio, dicha técnica resultó pertinente, dado que la atención en salud hacia personas NB/TNB involucra dimensiones identitarias, institucionales y emocionales que requieren un abordaje sensible y contextualizado.

De acuerdo con Izcara y Andrade (2003), la entrevista cualitativa permite captar no solo hechos, sino también valores, creencias e interpretaciones que estructuran la experiencia social. Esta dimensión fue clave para comprender cómo se configuran prácticas afirmativas, dinámicas de invalidación o tensiones institucionales en el contexto de la atención primaria. Asimismo, tal como plantean Taylor y Bogdan (2008), este tipo de entrevista posibilita explorar aspectos no directamente observables —como emociones, significados y posicionamientos— que resultan fundamentales para el análisis de fenómenos atravesados por el estigma y la normatividad de género.

Se diseñaron guías diferenciadas para cada grupo participante (personas usuarias NB/TNB y profesionales tratantes), estructuradas en torno a ejes temáticos vinculados con:

- Experiencias concretas de atención en salud primaria.
- Percepciones de reconocimiento, trato digno o invalidación identitaria.
- Presencia de prácticas afirmativas o desfavorables.
- Tensiones estructurales del dispositivo sanitario.

Las preguntas fueron abiertas y orientadas a favorecer narrativas extensas, permitiendo adaptar el orden y la profundidad de los temas según el desarrollo de cada conversación. Esta flexibilidad, coherente con lo señalado por Sierra (1998), facilitó la construcción de un clima de confianza (*rapport*), condición esencial para el abordaje de experiencias sensibles o dolorosas.

En consonancia con el enfoque fenomenológico hermenéutico (Van Manen, 2017), la entrevista fue entendida como un instrumento de extracción de información y un espacio de co-construcción de sentido entre investigador y participante. Esta perspectiva reconoce que los significados emergen en la interacción y que la comprensión del fenómeno se produce en un proceso interpretativo situado.

Las entrevistas fueron realizadas por la persona investigadora responsable en espacios privados previamente acordados con cada participante. Todas fueron grabadas en formato de audio previa firma del consentimiento informado y luego transcritas de manera textual, resguardando expresiones, pausas y énfasis relevantes para el análisis (Robles, 2011). La duración promedio fue de 45-50 minutos.

Finalmente, en coherencia con el enfoque de muestreo teórico desarrollado por Glaser y Strauss (1967) y operacionalizado mediante procedimientos de codificación abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin, 2002), la guía temática fue ajustada durante el trabajo de campo, incorporando nuevas preguntas o profundizaciones a medida que emergían categorías relevantes en el análisis preliminar.

Pauta o guión temático

La estructura de las preguntas, se organizan en un guion temático, asegura que los objetivos de la investigación sean abordados sin limitar la espontaneidad y la profundidad de las respuestas (Taylor & Bogdan, 2008). Un componente clave de esta metodología es la integración de temáticas e interrogantes diseñados para alinear los objetivos de la investigación con los temas centrales, comenzando de lo general a lo particular.

Aunque la pauta mantuvo una estructura base, su aplicación fue flexible y estuvo supeditada a los temas que emergieron durante cada entrevista. Las preguntas fueron formuladas de manera tal que las personas participantes pudieran compartir su perspectiva y experiencia subjetiva respecto al fenómeno, reconociendo el carácter situado de sus saberes.

El diseño del guión consideró dimensiones prácticas, éticas y teóricas, tal como plantean Hernández et al. (2014), procurando que las preguntas favorecieran un clima de confianza, anticiparan posibles implicancias emocionales del relato y permitieran una comprensión profunda del fenómeno estudiado. En coherencia con lo señalado por Sierra (1998), se buscó mantener una interacción que combinara la formalidad del encuadre investigativo con la naturalidad del diálogo, favoreciendo el rapport y la apertura narrativa.

La elaboración y el detalle de cada una de las entrevistas se encuentra en el apartado de Anexos al finalizar este informe, bajo el nombre de: Anexo 1 Pauta de Entrevistas “Tabla 1, *Pauta de Entrevista para personas Usuarias de Atención Primaria de Salud*” y “Tabla 2, *Pauta de Entrevista para Profesionales de Atención Primaria en Salud*”.

Pilotaje de entrevista

Con el fin de evaluar la pertinencia, claridad y sensibilidad del guión de entrevista, se realizó un estudio piloto previo al inicio formal del trabajo de campo. Para ello, se solicitó la colaboración voluntaria de una persona con características similares a la población objetivo (persona trans o no binaria con experiencia en atención primaria de salud), quien no formó parte de la muestra definitiva.

El pilotaje permitió recoger observaciones respecto a la secuencia de las preguntas, la claridad del lenguaje y la adecuación temática del instrumento. Tal como señala González (2010), esta instancia posibilita anticipar dificultades prácticas del trabajo de campo y realizar ajustes metodológicos antes de la aplicación definitiva.

A partir de esta experiencia se realizaron ajustes menores en la redacción de algunas preguntas, en aquellas vinculadas a experiencias institucionales y reconocimiento identitario, con el objetivo de mejorar su claridad y sensibilidad. No se modificó la estructura general del guion ni los ejes temáticos centrales.

El alcance del estudio piloto fue metodológico, orientado a la validación práctica del instrumento. En consecuencia, la información generada en esta instancia no fue incorporada al análisis principal. Se elaboró un registro interno del proceso, que incluyó las observaciones

recogidas y las modificaciones implementadas, conservado como agregado técnico con fines de transparencia investigativa.

Auto etnografía

La autoetnografía se incorporó como estrategia metodológica complementaria que permitió articular la experiencia situada de la persona investigadora con el análisis del fenómeno estudiado. Esta metodología cualitativa combina elementos de la autobiografía y la etnografía para analizar en forma crítica la experiencia personal en su contexto sociocultural (Ellis et al., 2011). Enmarcada en paradigmas interpretativos y constructivistas, reconoce la subjetividad no como un sesgo a eliminar, sino como una fuente legítima de conocimiento situado y relacional.

A diferencia de enfoques positivistas que privilegian la distancia y neutralidad de quien investiga, la autoetnografía asume que las vivencias personales forman parte constitutiva del proceso de producción del conocimiento. En coherencia con planteamientos postestructuralistas y feministas, esta perspectiva reconoce que las identidades y las relaciones de poder se encuentran entrelazadas con las experiencias individuales (Spry, 2011). En este estudio, ello permitió reflexionar con rigurosidad sobre cómo el género, el cisnormativismo y las dinámicas institucionales atraviesan tanto las experiencias de las personas participantes como la posición situada desde la cual se realizó la interpretación.

La autoetnografía dialogó de manera coherente con el enfoque fenomenológico hermenéutico adoptado. Mientras la fenomenología hermenéutica busca comprender el mundo vivido a través de la interpretación reflexiva (Van Manen, 2017), la autoetnografía añadió una dimensión narrativa que hizo explícita la implicación personal de quien investiga en el fenómeno. Esta integración permitió situar la interpretación en un marco reflexivo que reconoció las condiciones históricas, políticas y sociales en las que se inscribe la investigación.

Desde una perspectiva crítica, la autoetnografía también permitió visibilizar dinámicas de exclusión y reconocimiento que atraviesan las experiencias de salud de personas NB/TNB. Tal como plantean Holmes y Adams (2016), esta metodología puede operar como una herramienta crítica orientada no solo a la producción de conocimiento, sino también a la problematización de estructuras que perpetúan desigualdades.

Componentes Narrativos y Críticos

Las narrativas autoetnográficas fueron construidas como relatos biográficos y dispositivos analíticos que facilitaron la articulación entre experiencia individual y estructura social. Estas narrativas operaron como un puente entre lo personal y lo colectivo, permitiendo identificar cómo las estructuras institucionales y normativas inciden en las vivencias subjetivas.

La autoetnografía no se limitó a describir experiencias personales, sino que las situó en su contexto sociopolítico, examinando cómo los regímenes de género, los dispositivos institucionales y los marcos normativos configuran posibilidades de reconocimiento o exclusión. En este sentido, su incorporación fortaleció la reflexividad del proceso investigativo y permitió transparentar la posición situada desde la cual se produjo la interpretación.

En síntesis, la autoetnografía se constituyó como un recurso metodológico que articuló experiencia vivida y análisis crítico, contribuyendo a una comprensión más compleja y situada de las dinámicas de atención en salud hacia personas NB/TNB.

Procedimiento de análisis de datos

El análisis de datos cualitativo constituyó la fase interpretativa del estudio, orientada a comprender los discursos y subjetividades de quienes participaron en la investigación y a construir categorías conceptuales capaces de dar cuenta de las dinámicas relacionales e institucionales que atraviesan la atención en salud primaria. (Hernández et al., 2014).

Se utilizaron herramientas analíticas provenientes de la teoría fundamentada, entendida como un enfoque orientado a la construcción progresiva de categorías interrelacionadas a partir de los datos empíricos (Strauss & Corbin, 2002). Este enfoque favoreció un procedimiento inductivo, comparativo y progresivo de construcción conceptual.

El análisis se desarrolló desde una perspectiva epistemológica afirmativa y crítica, que reconoce el carácter situado del conocimiento y la incidencia de relaciones de poder en la organización de la experiencia sanitaria (Haraway, 1988; Butler, 2004). Desde este posicionamiento, las tensiones y ambivalencias presentes en los relatos fueron consideradas dimensiones constitutivas del fenómeno estudiado.

La organización y sistematización del material empírico se realizó mediante el software MAXQDA versión 26.1.0 (2026), herramienta que permitió estructurar los tres corpus — entrevistas a personas usuarias, entrevistas a profesionales y registros autoetnográficos—,

gestionar en jerarquía el sistema de códigos y registrar memos analíticos asociados a decisiones interpretativas. El uso del programa favoreció la trazabilidad del proceso, la recuperación sistemática de segmentos codificados y la comparación intercorpus.

Transcripción y resguardo de datos

Las entrevistas fueron transcritas de manera textual, incorporando expresiones literales, pausas significativas y elementos contextuales relevantes (Creswell, 2013). Los registros autoetnográficos fueron sistematizados en diarios de campo elaborados después de cada experiencia de atención.

El material fue almacenado en archivos digitales protegidos y cada participante fue identificado mediante códigos alfanuméricos para garantizar la confidencialidad (Guba & Lincoln, 1994).

Proceso de codificación

La codificación constituyó el eje del análisis basado en la teoría fundamentada. Siguiendo a Strauss y Corbin (2002), el proceso implicó fragmentar los datos, asignarles significado conceptual y articularlos en estructuras relacionales mediante comparación constante.

Durante todo el proceso se emplearon herramientas analíticas orientadas a sostener la sensibilidad teórica y prevenir la naturalización acrítica de los relatos. Estas incluyeron la formulación sistemática de preguntas analíticas, orientadas a explorar condiciones, interacciones y consecuencias, el examen detallado de palabras y expresiones discursivas, la comparación constante entre incidentes similares y divergentes, y la exploración de variaciones internas dentro de cada categoría para identificar propiedades y dimensiones.

En coherencia con el enfoque epistemológico afirmativo del estudio, la codificación no fue entendida como un procedimiento neutral, sino como una práctica interpretativa situada, donde la sensibilidad teórica de la persona investigadora —informada por perspectivas críticas de género y poder— orientó la identificación de patrones relevantes. El proceso de organización y gestión del material cualitativo fue apoyado mediante el uso del software MAXQDA versión 26.1.0 (2026), lo que permitió sistematizar la codificación, organizar los segmentos de texto y facilitar la construcción progresiva de categorías analíticas.

Codificación abierta

La codificación abierta constituyó la primera fase analítica. En esta etapa, los datos fueron examinados línea por línea, identificando incidentes significativos y asignándoles etiquetas conceptuales que capturaran su significado contextual. Este procedimiento se aplicó a los tres corpus del estudio, entrevistas a personas usuarias, entrevistas a profesionales de atención primaria y registros autoetnográficos.

En el corpus de personas usuarias se codificaron 526 segmentos y en el de profesionales 250 segmentos, organizados en un sistema jerárquico de códigos que incluyó categorías descriptivas, códigos in vivo y códigos procesuales. Los registros autoetnográficos fueron codificados con el mismo sistema, lo que permitió su integración comparativa posterior.

Durante esta fase emergieron códigos vinculados a reconocimiento identitario, respeto o no respeto de nombre social y pronombres, infantilización, patologización, desconocimiento profesional, incomodidad en la atención y formación insuficiente en temáticas de género. En los registros autoetnográficos aparecieron códigos asociados a tensiones en la práctica clínica, negociación del lenguaje y límites institucionales del dispositivo de atención primaria.

Los incidentes que presentaban similitudes fueron agrupados en categorías preliminares, por ejemplo, los códigos “No me respeta”, “Respetan mi nombre social” y “Respetan mis pronombres” en un inicio fueron organizados bajo un nodo común de reconocimiento identitario, mientras que aquellos que revelaban variaciones, permitieron identificar dimensiones internas dentro de cada fenómeno, como “diferencias entre respeto individual” y “ausencia de protocolos institucionales”.

La codificación abierta permitió identificar patrones recurrentes y ambivalencias. En el corpus de profesionales, por ejemplo, la coexistencia de códigos como “Respetan mis pronombres” y “Desconocimiento” evidenció ambivalencias entre disposición subjetiva y limitaciones estructurales. La reducción progresiva de los datos no implicó pérdida de riqueza, sino organización conceptual orientada a la construcción teórica (Strauss & Corbin, 2002).

La matriz completa de codificación abierta, que sistematiza los códigos emergentes y los segmentos de datos asociados, se presenta en el Anexo 4 “Extracto de Matriz de Codificación

Abierta” con el fin de transparentar el proceso analítico y asegurar la trazabilidad entre los datos empíricos y las categorías desarrolladas con posterioridad.

Codificación axial

En la fase de codificación axial, las categorías desarrolladas durante la etapa abierta fueron reorganizadas y vinculadas entre sí mediante comparación constante intra e intercorpus. Este proceso permitió identificar relaciones estructurales entre condiciones institucionales, interacciones clínicas y efectos subjetivos asociados a cada fenómeno.

La reorganización partió del sistema jerárquico de códigos construido en MAXQDA. En primera instancia, los códigos descriptivos comenzaron a agruparse en configuraciones relacionales más amplias. Por ejemplo, los códigos “No me respeta”, “Respetan mi nombre social”, “Respetan mis pronombres” y “Respeto identificación” se integraron en una dimensión común vinculada al reconocimiento identitario. De manera paralela, “Infantilización”, “Cuestionamiento” y “Patologizante” se articularon como formas de deslegitimación epistémica dentro de la interacción clínica.

En el corpus de profesionales, códigos como “Desconocimiento”, “No hay formación LGBT/Género” y “Profesionales se capaciten” fueron reorganizados como déficit formativo estructural, mientras que “Atención incómoda”, “Prejuicios” y “Niega atención” evidenciaron prácticas de exclusión situadas. La comparación con los registros autoetnográficos permitió reconocer cómo estas dinámicas se inscriben en condiciones institucionales más amplias, tales como carga asistencial, normativas administrativas y ausencia de protocolos formales para el reconocimiento identitario.

Siguiendo las orientaciones de Strauss y Corbin (2002), se exploraron las propiedades y dimensiones de cada categoría, examinando las condiciones en que emergen, los actores implicados, las acciones que las configuran y las consecuencias que producen en la experiencia de atención. Este procedimiento permitió identificar patrones de convergencia y tensión entre corpus. Por ejemplo, la disposición individual al respeto declarada por algunos profesionales coexistía con la ausencia de mecanismos institucionales que garantizaran ese reconocimiento de manera sistemática.

A través de esta reorganización axial, los códigos dejaron de operar como unidades

aisladas y comenzaron a configurar estructuras interpretativas de mayor alcance. De este proceso emergieron cinco ejes analíticos que organizan el capítulo de resultados: (1) Régimen institucional de inteligibilidad de género, (2) Trato digno como núcleo afirmativo, (3) Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención, (4) Tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria y (5) Agencialidad y pedagogía forzada.

El proceso de codificación se extendió hasta alcanzar saturación conceptual, entendida como el momento en que la incorporación de nuevos incidentes no aportó propiedades distintas a las categorías ya construidas (Strauss & Corbin, 2002). Este criterio orientó el cierre analítico y la consolidación de los ejes finales.

La relación entre los códigos abiertos y las categorías analíticas resultantes se presenta de manera sistemática en la matriz de codificación axial incluida en el Anexo 5: “Extracto Matriz Codificación Axial”.

Análisis temático

Posterior a la codificación axial, se realizó una fase de organización temática orientada a estructurar los hallazgos en ejes interpretativos finales. Esta etapa consistió en la revisión integral de los tres corpus, con el fin de delimitar con precisión el alcance de cada categoría y asegurar su coherencia interna.

Se examinaron nuevamente los segmentos asociados a cada eje, verificando la consistencia entre propiedades, dimensiones y variaciones identificadas durante el proceso de codificación. La incorporación de los registros autoetnográficos permitió enriquecer la contextualización de los fenómenos y fortalecer la integración entre experiencia usuaria, práctica profesional y condiciones institucionales.

Esta fase tuvo como resultado la consolidación de los cinco ejes que estructuran el capítulo de resultados, sin introducir nuevas categorías distintas a las ya construidas. El análisis temático permitió organizar los hallazgos de manera sistemática y facilitar su exposición analítica.

Triangulación y validación de resultados

Para fortalecer la credibilidad y confianza de los hallazgos, se implementó una triangulación que integro tres posiciones analíticas: entrevistas a personas usuarias, entrevistas a profesionales de atención primaria y registros autoetnográficos de la persona investigadora. Esta estrategia se enmarca en la tipología de triangulación metodológica propuesta por Denzin (2017) y permitió abordar el fenómeno desde múltiples perspectivas.

La triangulación se desarrolló mediante comparación sistemática entre categorías, en coherencia con el método comparativo constante propio de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). La comparación se extendió más allá del interior de cada corpus, posibilitando un análisis intercorpus que articuló experiencia subjetiva, práctica institucional y reflexividad situada.

Para operacionalizar este procedimiento se elaboró una matriz de integración categorial intercorpus como dispositivo analítico. La matriz organizó las categorías axiales en fila y las fuentes de información en columnas, permitiendo examinar la presencia, variaciones y relaciones de cada categoría en los distintos corpus. La utilización de esta estrategia facilitó la identificación de convergencias, complementariedades y tensiones entre las perspectivas analizadas. (Denzin, 2017; Flick, 2007).

A partir de esta comparación se construyeron interpretaciones integradoras que articularon los distintos niveles de análisis y contribuyeron a una comprensión relacional del fenómeno estudiado.

La incorporación de la autoetnografía aportó, además, una dimensión reflexiva que permitió explicitar la posición de la persona investigadora y considerar su incidencia en el proceso interpretativo (Ellis et al., 2011; Creswell, 2013), fortaleciendo así el rigor metodológico del estudio.

Consideraciones de rigor metodológico

Los criterios de rigor metodológico son esenciales para garantizar la validez y la calidad del proceso de investigación. De acuerdo con los aportes de Guba y Lincoln (1982, 1989), se consideraron los criterios de credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad, y transferibilidad como pertinentes para diseño cualitativo adoptado.

La credibilidad refiere a la coherencia interna del proceso interpretativo y a la correspondencia entre las construcciones analíticas desarrolladas y las experiencias narradas por las personas participantes (Guba & Lincoln, 1982; Noreña et al., 2012). Este criterio se abordó mediante estrategias relacionales, analíticas y reflexivas.

Se desarrolló una inmersión prolongada en el campo, que incluyó entrevistas en profundidad a personas usuarias, entrevistas a profesionales de atención primaria y la elaboración sistemática de registros autoetnográficos. Esta presencia sostenida permitió construir una comprensión situada y contextualizada del fenómeno.

La triangulación convergente intercorpus integró sistemáticamente las perspectivas de personas usuarias, profesionales y la autoetnografía. La elaboración de una matriz de integración categorial permitió contrastar convergencias, divergencias y disonancias entre relatos, fortaleciendo la densidad interpretativa del análisis (Flick, 2007; Denzin, 2017).

Todas las entrevistas fueron transcritas de manera textual y el análisis se apoyó en la comparación constante y en la elaboración de memos analíticos que documentaron decisiones interpretativas y emergencias categoriales (Huberman & Miles, 2000).

La reflexividad sistemática de la persona investigadora, desarrollada mediante la autoetnografía, permitió explicitar precomprensiones e implicaciones personales en el proceso analítico (Ellis et al., 2011). Esta explicitación fortaleció la coherencia interpretativa y la transparencia metodológica (Cancio & Soares, 2020).

La auditabilidad o confirmabilidad, entendida como la posibilidad de rastrear de manera transparente el proceso de investigación y reconstruir las decisiones metodológicas adoptadas a lo largo del estudio (Arias & Giraldo, 2011; Forero et al., 2018). En el marco cualitativo, este criterio enfatiza la consistencia interna del análisis y la explicitación de los procedimientos utilizados (Guba & Lincoln, 1989).

El proceso investigativo fue documentado en todas sus etapas, desde la producción de datos hasta la consolidación de categorías. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente (Mackieson et al., 2019), y se conservaron notas de campo y registros autoetnográficos.

El análisis se desarrolló mediante el software MAXQDA, lo que permitió organizar los códigos, conservar versiones sucesivas del sistema categorial y documentar las fases de codificación abierta y axial. Asimismo, se archivaron versiones intermedias y finales de la matriz de integración intercorpus, posibilitando rastrear la evolución conceptual de las categorías.

La elaboración sistemática de memos analíticos registró decisiones interpretativas y desplazamientos conceptuales, favoreciendo la transparencia del proceso (Morse, 2015; Noreña et al., 2012). La confirmabilidad se sostuvo en la explicitación del posicionamiento de la persona investigadora y en la coherencia entre procedimientos, análisis y categorías construidas (Cancio & Soares, 2020; Prion & Adamson, 2014).

Para finalizar, la transferibilidad o aplicabilidad, entendida como la posibilidad de que los hallazgos resulten pertinentes para contextos con características similares al estudiado (Polit & Tatano, 2018). En investigación cualitativa, este criterio se vincula con la utilidad analítica de las categorías construidas y con la posibilidad de que otros investigadores o profesionales evalúen su relevancia en escenarios comparables (Noreña et al., 2012).

En este estudio, la transferibilidad se vincula con la pertinencia contextual de las categorías construidas y con su potencial aplicación en escenarios con características similares (Polit & Tatano, 2018; Noreña et al., 2012).

Se desarrolló una descripción densa del contexto de atención primaria en Concepción, incluyendo condiciones institucionales, dinámicas organizacionales y experiencias situadas de personas trans no binarias y profesionales de salud (Cancio & Soares, 2020). Esta contextualización permite evaluar similitudes estructurales con otros entornos sanitarios

La selección intencionada de participantes favoreció la diversidad de trayectorias y posiciones dentro del campo sanitario (Hellström, 2008). La comparación sistemática entre múltiples relatos posibilitó identificar patrones interpretativos consistentes tales como el reconocimiento tensionado y la pedagogía forzada que pueden resultar analíticamente productivos en otros contextos (Jameel et al., 2018).

La explicitación de las condiciones culturales, políticas y normativas del caso chileno delimita el alcance de las categorías y orienta su eventual utilización en escenarios comparables

(Cancio & Soares, 2020; De la Cuesta-Benjumea, 2015).

En conclusión, la integración de los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad permitió sostener un proceso metodológico coherente con el enfoque cualitativo y fenomenológico-hermenéutico adoptado. Estos criterios estructuraron la producción de conocimiento como un ejercicio situado, reflexivo y consistente, fortaleciendo la solidez del estudio.

Consideraciones éticas

En todo proceso de investigación es fundamental apearse a directrices éticas que resguarden el bienestar de las personas participantes. En este estudio se adoptaron los principios establecidos en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2025) y las orientaciones metodológicas propuestas por Banister et al. (2004). Estas directrices guiaron el desarrollo del estudio con el propósito de proteger a las personas participantes de posibles daños, resguardando en todo momento su bienestar psicológico, salud, valores y dignidad.

La investigación se llevó a cabo una vez obtenidas las aprobaciones correspondientes del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, del Comité de Ética en Investigación de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (VRID-UdeC) y del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Concepción, cumpliendo con la normativa institucional y los estándares éticos para investigación con personas. Asimismo, se gestionó una carta de autorización de la institución donde se realizó el trabajo de campo, documento que se presenta en el Anexo 7 de esta tesis. Para el desarrollo del estudio se consideraron cuatro principios éticos fundamentales: (1) consentimiento informado, (2) protección de las personas participantes, (3) confidencialidad y anonimato, y (4) responsabilidad ética de la investigación.

(1) En primer lugar, todas las personas participantes otorgaron su consentimiento informado mediante la firma de un documento que explicaba los principios éticos del estudio. Este documento incluyó información sobre el objetivo de la investigación, la metodología utilizada, el carácter voluntario de la participación, el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias y las medidas destinadas a resguardar la confidencialidad de los datos. El

modelo de consentimiento informado se presenta en el Anexo 2 del presente trabajo.

De manera complementaria, durante cada una de las entrevistas se entregó a las personas participantes un “Protocolo de acogida y derivación” (Véase Anexo 3), junto con un documento que explicita los principios éticos que orientan la investigación, con el propósito de ampliar y profundizar la información presentada en el consentimiento informado y en el presente apartado de consideraciones éticas. Estos documentos buscaban resguardar el bienestar de las personas participantes y establecer orientaciones en caso de que la conversación generara malestar emocional o requiriera la derivación a dispositivos de apoyo pertinentes. Ambos documentos se incorporan en los anexos de esta tesis.

(2) En segundo lugar, se procuró promover una relación de horizontalidad entre la persona investigadora y quienes participaron en el estudio, favoreciendo un vínculo basado en la confianza, el respeto mutuo y la comprensión recíproca. No obstante, se reconoce que en todo proceso investigativo persiste un cierto desequilibrio de poder entre quien investiga y quien participa. En este sentido, se adoptaron estrategias orientadas a minimizar dicha asimetría, tales como la generación de espacios de diálogo abierto, la explicitación del posicionamiento de la persona investigadora y el fortalecimiento de una ética del cuidado durante todo el proceso de investigación.

(3) En tercer lugar, la confidencialidad de la información fue resguardada en todas las etapas del proceso investigativo. Considerando que el estudio aborda experiencias de una población históricamente marginalizada y de tamaño reducido, se implementaron medidas destinadas a evitar cualquier posible identificación de las personas participantes. La información recolectada fue presentada mediante pseudónimos o abreviaciones en la exposición de los resultados. Asimismo, se procuró omitir o modificar aquellos antecedentes contextuales que pudieran permitir la identificación indirecta de las personas participantes.

En concordancia con la Ley N.º 19.628 sobre Protección de la Vida Privada (1999), se resguardó el tratamiento confidencial de los datos personales obtenidos durante el proceso de investigación, asegurando que la información presentada en los resultados no permita la identificación directa o indirecta de las personas participantes.

(4) Últimamente en relación con el principio de responsabilidad, la investigación asumió el compromiso ético de reflexionar de manera continua sobre el impacto que el proceso investigativo pudiera generar en la vida de las personas participantes. En este sentido, se mantuvo una actitud reflexiva respecto del rol de la persona investigadora, procurando generar un entorno de confianza, respeto y resguardo permanente.

De manera complementaria, el estudio se desarrolló considerando los principios éticos establecidos por la American Psychological Association (2010), la British Psychological Society (2006), el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (1999) y la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2025). Asimismo, el desarrollo del proyecto se enmarcó en los lineamientos del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (2024), resguardando los aspectos bioéticos del proceso investigativo.

Cabe señalar que, en investigaciones cualitativas que trabajan con poblaciones específicas o de tamaño reducido, la confidencialidad absoluta puede resultar difícil de garantizar. Por esta razón, se adoptaron medidas adicionales orientadas a resguardar la identidad de las personas participantes, evitando incluir información que permitiera su reconocimiento por terceros y utilizando abreviaciones o pseudónimos en la presentación de los resultados.

Plan para informar a las personas participantes sobre nueva información relevante

Como parte de los resguardos éticos exigidos por el Comité de Ética, se elaboró un plan de comunicación para informar a las personas participantes sobre cualquier información nueva que pudiera surgir durante el desarrollo del estudio y que eventualmente afectara su decisión de continuar participando. Este plan fue diseñado como una medida preventiva, orientada a resguardar la autonomía, el bienestar y el derecho a la información de quienes participaron en la investigación.

Durante el desarrollo del trabajo de campo no se presentaron situaciones que hicieran necesario activar este protocolo, tales como cambios en las condiciones del estudio, riesgos imprevistos o hallazgos incidentales que afectaran a las personas participantes. No obstante, el plan se mantuvo disponible durante todo el proceso investigativo como mecanismo de resguardo

ético.

En caso de haberse identificado información relevante o imprevista, el procedimiento contemplado habría sido el siguiente:

Identificación de la nueva información

Cualquier miembro del equipo investigador que detecte un hecho o información nueva (por ejemplo, una situación emocionalmente riesgosa, la revelación de un hecho de vulneración de derechos o un cambio en las condiciones del estudio) deberá comunicarlo en forma inmediata a la persona investigadora.

Evaluación de pertinencia

La persona investigadora principal evaluará si la información constituye un riesgo potencial o si modifica las condiciones bajo las cuales se otorgó el consentimiento informado. De ser así, se definirá el modo y momento más apropiado para comunicarla a las personas afectadas o participantes en general.

Comunicación a las personas participantes

La comunicación se realizará de forma individual y confidencial, utilizando el mismo medio de contacto acordado al inicio del estudio (correo institucional, llamada telefónica o mensajería privada).

El mensaje incluye:

- Una explicación sencilla sobre la nueva información o situación detectada.
- Su posible relevancia o impacto en el estudio.
- Las alternativas disponibles para la persona participante (continuar, suspender o retirarse).
- Un espacio para resolver dudas o inquietudes.

Derecho a retiro y actualización del consentimiento

Se enfatizará que la participación es voluntaria, y que la persona puede retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas.

En caso de que la información modificara sustancialmente las condiciones del estudio, se ofrecerá un nuevo consentimiento informado actualizado, el cual deberá ser firmado o confirmado en forma verbal, según la modalidad aprobada por el Comité de Ética.

Registro y resguardo

Toda comunicación de nueva información se documentará en un registro confidencial, incluyendo fecha, medio de comunicación, resumen del contenido y decisión de la persona participante.

Estos registros serán custodiados sólo por la persona investigadora principal, bajo medidas de protección de datos y anonimato.

Hallazgos incidentales o situaciones de riesgo

Si durante las entrevistas o análisis emergieran situaciones que involucren riesgo para la integridad o bienestar de una persona participante (por ejemplo, autolesiones, vulneración de derechos o maltrato), se procederá a:

- Informar a la persona sobre los recursos de apoyo disponibles (servicios de salud mental, orientación legal o redes comunitarias seguras).
- Registrar el hecho sin incluir datos identificatorios.
- Evaluar, junto al Comité de Ética, si es necesario realizar un reporte institucional, siempre priorizando la voluntad y seguridad de la persona participante.

Comunicación colectiva de hallazgos generales

Si la nueva información afecta a la totalidad de las personas participantes (por ejemplo, un cambio en la metodología, riesgos imprevistos o ajustes en la difusión de resultados), se enviará una comunicación general a través del correo institucional del estudio o mediante los canales comunitarios autorizados, preservando siempre el anonimato.

Este plan busca garantizar la transparencia, autonomía y protección de las personas participantes, en coherencia con los principios éticos de respeto, beneficencia y justicia, así como con las directrices del Comité de Ética de la Universidad de Concepción y las recomendaciones

del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile.

Plan de retribución y devolución de resultados

En coherencia con los principios de respeto, responsabilidad social y reciprocidad que orientan este estudio, se contempla un plan de retribución del conocimiento hacia las personas participantes y las comunidades vinculadas. Este plan busca asegurar que los hallazgos no solo sean útiles para la comunidad científica, sino también para quienes aportaron su experiencia al proceso investigativo.

Una vez finalizado el análisis y elaborado el informe final, se realizará una devolución de resultados en formato accesible, redactada en lenguaje claro y no técnico, que resuma los principales hallazgos y reflexiones del estudio. Esta devolución se llevará a cabo de dos formas complementarias:

1. Instancia de devolución a participantes: se ofrecerá una reunión virtual o presencial (según disponibilidad y preferencias), donde se compartirán los resultados generales del estudio, resguardando siempre la confidencialidad y el anonimato de las personas entrevistadas.
2. Difusión comunitaria: se entregará el mismo resumen de resultados a organizaciones locales y comunitarias relacionadas con la diversidad sexual y de género, con énfasis en aquellas que colaboraron o mostraron interés en el proceso, para favorecer la circulación del conocimiento en espacios sociales y de incidencia pública.

Estas acciones se realizarán una vez concluido el informe final de tesis y antes de cualquier difusión académica o publicación formal. En todos los casos, se procurará que la devolución sea respetuosa, participativa y coherente con los principios de la investigación cualitativa crítica, reconociendo el valor de las experiencias compartidas y promoviendo que los resultados contribuyan al fortalecimiento de prácticas de salud más inclusivas y afirmativas hacia las personas trans y no binarias.

Resultados

Del proceso de análisis del material empírico emergieron cinco categorías analíticas que permiten comprender cómo se configura la experiencia de atención en salud primaria de

personas no binarias y trans no binarias. Estas categorías integran información proveniente de los tres corpus considerados en el estudio —entrevistas a personas usuarias, entrevistas a profesionales de salud y autoetnografía— y permiten observar tanto las dinámicas relacionales del encuentro clínico como las condiciones estructurales en las que este ocurre.

Con el fin de ofrecer una visión general de la organización del análisis, la tabla 3 presenta las categorías identificadas. Posteriormente, cada una de ellas es desarrollada en detalle a partir de los relatos de las personas participantes y de las experiencias registradas en la autoetnografía.

Tabla 3

Categorías analíticas emergentes del estudio

Categoría	Descripción sintética
Régimen institucional de inteligibilidad de género	Dinámicas mediante las cuales el género es presumido y organizado dentro de la interacción clínica, generalmente a partir de lecturas corporales y del uso del nombre registral, situando la autoidentificación como una instancia posterior que debe ser explicitada por la persona usuaria.
Trato digno como núcleo afirmativo	Experiencias relacionales que definen la calidad del encuentro clínico, incluyendo formas de comunicación, lenguaje corporal, explicación de procedimientos y reconocimiento de la dignidad de la persona como sujeto integral dentro de la atención.
Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención	Tensiones que emergen cuando la identidad de género diversa se vincula implícitamente con narrativas de riesgo sanitario, generando ampliaciones preventivas del examen clínico que pueden ser experimentadas como sobredimensionadas o anticipadas.
Tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria	Condiciones organizacionales y administrativas del sistema de salud (sobrecarga laboral, limitaciones de recursos, burocracia institucional) que inciden en la calidad del encuentro clínico y en la posibilidad de desplegar prácticas de reconocimiento.
Agencialidad y pedagogía forzada	Estrategias mediante las cuales las personas usuarias gestionan su identidad dentro de la atención, incluyendo corrección del trato,

Categoría	Descripción sintética
	explicación de conceptos, propuestas institucionales o silencios estratégicos frente a contextos percibidos como poco receptivos.
Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención	Tensiones que emergen cuando la identidad de género diversa se vincula implícitamente con narrativas de riesgo sanitario, generando ampliaciones preventivas del examen clínico que pueden ser experimentadas como sobredimensionadas o anticipadas.

A continuación, se presenta el desarrollo analítico de cada una de estas categorías, ilustradas mediante fragmentos del material empírico obtenido en las entrevistas y en el registro autoetnográfico.

Régimen institucional de inteligibilidad de género

Una de las dimensiones que emergió con mayor consistencia en los tres corpus fue la forma en que el género es reconocido o asumido en el contexto de atención primaria. En los relatos de las personas participantes, el momento inicial de la consulta aparece como una instancia donde el género suele ser identificado por el personal de salud a partir de elementos visibles como la apariencia corporal, la voz, la vestimenta o el nombre registral presente en la ficha clínica.

En los relatos, el inicio de la atención suele describirse como un momento rápido, casi mecánico: la persona usuaria ingresa al box, el o la profesional revisa la pantalla, pronuncia un nombre y comienza la interacción. En este momento no se presenta una pausa destinada a verificar cómo la persona desea ser nombrada. El trato inicial suele establecerse a partir de un género previamente asumido. Esta situación se expresa en palabras de las personas participantes:

“Sí, súper estigmatizante porque te visualizan como mujer inmediatamente y luego aparece que también me reconozco como lesbiana, entonces esa parte también apunta a un comentario siempre fuera de lugar como, “¡ah, ¡qué fácil, como oh, ¡qué bueno!”.

(Participante 3).

“Yo soy una persona que tiene una expresión de género bien femenina y yo me hago cargo de mi expresión de género y digo, ‘Mira, si me van a ver y van a pensar que soy mujer, ya, piénsenlo, no me interesa... yo sé lo que soy... pero si te estoy pidiendo, personal y formalmente que me llames con un pronombre o un nombre en especial, hazlo...’”

(Participante 2).

“Yo hablando en masculino sobre mí y la médico no captando los pronombres, como que era frustrante y fueron un par de horas bastante difíciles, salí más triste, y, por ejemplo, lo comentaba con mi pareja que me acompañaba, de hecho, ella ya sabía, entonces me decía te acompaño y yo le decía no”.

(Participante 4).

En estos fragmentos, las personas participantes describen situaciones en las que el trato recibido no se corresponde con los pronombres o nombres que utilizan para referirse en su autoidentificación. En algunos relatos aparece también la anticipación de cómo otras personas interpretan su género a partir de la expresión corporal o la apariencia.

La ausencia de una pregunta directa sobre la forma de identificación aparece mencionada de manera explícita en las entrevistas:

“fui visible y fue invisibilizado al mismo tiempo, el tema que aparece que tú eres una persona no binaria, pero no voy a hacer nada al respecto, no voy a preguntar tu pronombre, no voy a respetarlo, te voy a llamar como una persona femenina porque es lo que yo veo”

(Participante 1).

Frente a estas situaciones, varias personas participantes relatan que deben aclarar o corregir la forma en que se les nombra durante la consulta. La expectativa de reconocimiento aparece formulada de manera directa en algunos testimonios:

“Creo que es básico... ¿Cómo te identificas? ¿Cuál es tu pronombre? Mi trato comienza desde aquí” (Participante 2).

“Y con la dentista me pasaba que bueno, ya comentaba que era mi nombre, mis pronombres y yo, así como intentando no sé ir con bigote o hablar, así como muy grave todo el tiempo y se refería a mí en femenino y era súper incómodo”.

(Participante 3).

En estas afirmaciones, el reconocimiento mediante el nombre o los pronombres se plantea como el punto de partida del vínculo clínico, una condición que organiza la forma en que se dirigirá la conversación, el lenguaje utilizado y el tipo de confianza que puede establecerse.

Otra dimensión presente en las entrevistas se relaciona con la necesidad de explicar o clarificar la identidad de género durante la atención. Algunas personas participantes describen que estas explicaciones pueden repetirse en distintos espacios o con distintos profesionales:

“Claro, porque la no binariedad se siente quizás es como algo muy nuevo, donde muy poca gente lo entiende y mencionarlo dentro de los grupos que no tienen esta vivencia muchas veces significa tener que explicar, lo cual no es algo negativo de por sí, ... pero cuando cada interacción se traduce en que te pregunten, "¿Qué es eso? ¿Qué eres?" y tienes que explicarlo, resulta bastante agotador tener que explicarse a cada persona que se presenta”

(Participante 3).

“esto es real, es verídico, 100% real *¿Cómo lo hace las lesbianas?* ¿Y por qué iba a tener que yo explicarte cómo lo hace la lesbiana? Y también pensando, es que yo te veo y yo no veo.

¿Cómo vas a ser trans si tú eres tan bonita?”

(Participante 1).

Es muy diferente la experiencia del usuario que dice, "Soy no binario" y es como “Oh, ¿qué es eso?” Porque no somos personas que estén en posición de educar todo el tiempo, sino que muchas veces nos toca explicar, porque no existe un sistema que les enseñe sobre eso

(Participante 5).

Estos fragmentos describen situaciones en las que las personas participantes señalan que deben explicar o contextualizar su identidad durante la atención. En algunos casos, esta explicación aparece como respuesta a preguntas directas del personal, mientras que en otros surge cuando la persona usuaria percibe que su identidad no está siendo comprendida.

También se menciona la importancia de que la pregunta por los pronombres o la forma de identificación sea una práctica habitual dentro de la atención:

“Y que se normalice para todas las personas, porque igual se sigue siendo exponiendo a la gente trans y es uno quien tiene que iniciar esa conversación sobre los pronombres, versus que sea algo que les pregunten a todos.”

(Participante 6).

“Todas las demás veces siempre me han tratado bien, pero, como que no intentan usar pronombres, me tratan con el nombre de pila o el nombre social y como que la atención es como, "Ya, te vamos a pinchar, ya aquí puedes que tengas agudificación urinaria, tienes que orinar en este frasco y es como ya”, obviamente es algo rápido desde el inicio y todo.”

(Participante 7).

Desde la perspectiva del equipo de profesionales entrevistados, se observa una disposición declarativa favorable hacia el respeto y la inclusión. Varias personas ofrecieron definiciones conceptuales adecuadas sobre identidades no binarias, describiéndolas de la siguiente forma:

“Las personas no binarias, entiendo que son aquellas personas que no se identifican con ningún género en específico, tampoco tienen una expresión de género específica, pueden expresarse con ropa, por ejemplo, femenina, masculina, pero eso no implica que se identifiquen con alguno de los dos géneros específicos”

(Profesional 1).

“Sé que son personas que su identidad no va en el binario hombre/mujer y por lo tanto es como su identidad va como fuera de ese abanico, no más bien su identidad es como un abanico

que transita esos límites. Entiendo también que hay géneros que son más fluidos, identidades que no necesariamente van a ser permanentes”
(Profesional 3).

“Actualmente sé que ellos se sienten identificados, no necesariamente por el género que tienen de nacimiento, o por el físico que tiene ellos, si es hombre o mujer”
(Profesional 4).

En estos testimonios, las personas profesionales describen las identidades no binarias como experiencias que no se ajustan al binario hombre/mujer y que pueden expresarse de diversas formas en términos de identidad o expresión de género. En las entrevistas aparece un conocimiento general, así como una disposición explícita a reconocer estas identidades dentro del contexto de la atención.

Asimismo, se mencionaron estrategias internas dentro de los dispositivos de salud para evitar situaciones incómodas durante las atenciones, que operan como alternativas frente a la dificultad o al reconocimiento de estas nuevas conceptualizaciones identitarias:

“Tenemos colegas que por ejemplo han manifestado que es un tema que les cuesta, el trato, es como difícil entenderlo, por lo tanto, para evitar algún malentendido, evitamos que no sea un espacio menos amigable. Si llega una consulta espontánea, evitamos dejarla con esas colegas” (Profesional 2).

“Lo que nos ha pasado, por ejemplo, nos llegan como colegas de otras unidades a preguntar, porque no conocen los protocolos, cómo se hace la derivación al hospital, cosas así”
(Profesional 3).

“Hay colegas que les cuesta mucho eso del cambio (del nombre social) y el trato, sobre todo personas más adultas y prefieren omitirlo” (Profesional 4).

Estas prácticas mencionadas reflejan una preocupación por disminuir posibles conflictos; sin embargo, operan como soluciones informales y situadas, más que como procedimientos

institucionales estandarizados.

En los relatos profesionales, la incorporación sistemática de la pregunta identitaria como parte rutinaria del ingreso o de la anamnesis aparece con escasa presencia. El reconocimiento se articula a partir de la iniciativa individual más que de un protocolo explícito. De este modo, la atención puede desarrollarse de forma cordial y adecuada, aunque organizada sobre una presunción inicial que permanece operando durante la interacción y un temor a errar en el adecuado procedimiento.

“ellos tienen como un tira y afloja, de repente quieren decir el pronombre que no es, sí me equivoco, la voy a joder o me van a demandar”
(Profesional 4).

“Para mí no es algo particularmente incómodo, no es difícil, pero siento que me auto vigilo mucho en el discurso, por ejemplo, para el empleo correcto de los pronombres y la correcta identificación”
(Profesional 3).

En conjunto, los relatos profesionales muestran la coexistencia de un reconocimiento de las identidades no binarias y ciertas dificultades en su incorporación. Las estrategias descritas aparecen como ajustes informales entre colegas o decisiones situadas durante la atención, más que como procedimientos institucionales establecidos.

La autoetnografía permitió complementar esta dimensión desde la experiencia situada de la persona investigadora durante sus propias atenciones de salud. En los episodios relatados, la mayoría de las interacciones se desarrollaron bajo un trato cordial y profesional. No se describen escenas de confrontación abierta ni expresiones explícitas de burla o descalificación. Sin embargo, en diversas interacciones el género fue asumido de manera automática, particularmente en el uso del nombre registral, en fórmulas masculinas naturalizadas y en indicaciones clínicas formuladas sin consulta previa sobre la identidad de género.

La persona investigadora señala:

“Más que me traten masculino es que no me preguntan, visualizando a un hombre por

sobre mi experiencia, mis luchas, mis batallas, los años y momentos de pensar y repensar si era o no era una persona no binaria, finalmente todo se reduce a asumir que soy lo que ven, no lo que yo siento y percibo de mí mismo.”
(Persona investigadora).

En el relato, la incomodidad aparece asociada a la ausencia de una pregunta previa sobre la identidad de género. El testimonio distingue entre un trato cordial durante la atención y la falta de instancias explícitas para enunciar la identidad en el inicio de la interacción clínica.

En esta experiencia, la identidad de género no es abordada de manera directa durante el primer momento de la atención, por lo que su explicitación depende de la intervención. La relación entre profesional y persona usuaria puede desarrollarse bajo un trato cordial, sin embargo, el reconocimiento explícito de la identidad suele depender de la iniciativa individual de cada profesional y del desarrollo particular de la interacción durante la atención.

Los tres corpus de datos describen situaciones en las que la interacción clínica se inicia desde una categoría de género asumida, mientras el reconocimiento de la identidad suele aparecer posteriormente cuando es mencionado por la propia persona usuaria.

Trato digno como núcleo afirmativo

Una segunda dimensión transversal en los relatos fue la centralidad del trato digno como criterio fundamental para evaluar la experiencia de atención. A diferencia de la categoría anterior centrada en el reconocimiento identitario, aquí el foco se desplaza hacia la calidad relacional del vínculo clínico y la forma en que la persona es situada dentro de la interacción concreta: cómo es llamada, cómo es mirada, cómo se le explica el procedimiento, cómo se aproxima el profesional a su cuerpo y cómo se organiza el tiempo del encuentro.

En los relatos, el trato digno se configura como una práctica de reconocimiento que trasciende la mera ausencia de discriminación explícita. Esta dimensión se puede evidenciar en los siguientes extractos:

“Me preguntó cómo se tenía que referir a mí... y se preocupa siempre de respetar mis pronombres, mis experiencias.”
(Participante 4).

“Porque me hacía preguntas activamente y hacía esto de la escucha activa que es tomar lo que yo digo reformulándolo y preguntarme si es así.” (Participante 3).

“Todos requerimos un trato digno... en un escenario ideal es que todo el personal esté capacitado en trato usuario humanizado.”
(Participante 1).

“Las experiencias que tú mencionas como positivas van en la línea del respeto, en la línea de la legislación y de la dignidad. Cuando entendemos el respeto y la dignidad como el paraguas para todo lo demás se está haciendo una atención afirmativa.

El significado de la dignidad de la persona es que ella no es una enfermedad con patas ... lo que estoy entendiendo debe ser integral con los diferentes factores que la atraviesan y eso es un determinante de salud.”
(Participante 5).

En conjunto, estos extractos muestran que el trato digno es comprendido por las personas participantes como una dimensión que estructura la experiencia de atención. En este sentido, la experiencia positiva son las prácticas cotidianas de reconocimiento que permiten a las personas sentirse consideradas y seguras dentro del espacio clínico.

La dimensión corporal adquiere especial relevancia en los relatos vinculados a exámenes físicos. En estas escenas, las personas describen con mayor precisión los detalles del procedimiento clínico. El malestar se asocia a la revisión médica y con énfasis en el modo en que esta se ejecuta durante la atención.

Se observa en detalle este fenómeno en los siguientes extractos:

“Que me hubiera explicado de partida lo que iba a suceder y que de partida no me hubiera leído inmediatamente como mujer, hubiese sido ideal y que me preguntara si me incomodaba sacarme la polera, por ejemplo, entonces, si yo le digo ‘sí me incomoda’, que me dijera ‘entonces lo hacemos rápido y luego volvemos a tapar la parte de arriba.’” (Participante 7).

“Los cuidados que requiere un cuerpo que habita una identidad de género no binaria... hubiese sido súper distinto si me ofrecieran un toque distinto, una palabra diferente, un color de la palabra distinto.” (Participante 2).

“Claro, resguardando un poco lo que se siente como cuando te desnudas, porque hubiese sido súper distinto si me hubiese revisado la parte alta, hubiéramos tapado la parte alta y después me hubiera revisado la parte baja.”
(Participante 6).

En los anteriores fragmentos, la forma en que se organiza el examen aparece como un elemento relevante en la experiencia de atención. El foco de las descripciones se sitúa en el modo en que se desarrolla el procedimiento, las mediaciones verbales, el cuidado en la interacción, que tiende a ser descrito como aquella parte esperada. En cambio, cuando se ejecuta de manera rápida o sin mayores explicaciones, algunos relatos mencionan una mayor sensación de exposición durante la consulta.

Las personas usuarias valoraron la horizontalidad en la comunicación como parte constitutiva del trato digno. Elementos como el tono de voz, el lenguaje corporal, la postura y la disposición al diálogo fueron mencionados como indicadores de una atención respetuosa. En los extractos de los corpus se puede distinguir:

“Sí, en el lenguaje corporal, el paralenguaje, los tonos, la forma de hablar, los respetos por los silencios y los espacios.

Una persona que está cruzada de brazos y te está hablando fuerte hay un cierre de este flujo de comunicación, mientras que otras personas están con los brazos extendidos sobre la mesa, están con las manos abiertas, te están escuchando, hay una cierta inclinación de la cabeza, te preguntan si estás satisfecho con la atención.” (Participante 2).

“Entonces, esa fue una muy mala experiencia, versus colegas de ella que también era nuevas, pero, por el contrario, amables, con buena recepción, con conocimiento actualizado, buscando entender, escuchando.” (Participante 5).

“Se dirigía a mí, su cuerpo me miraba y me retroalimentaba y luego escribía algunas cosas, entonces era muy diferente la atención.” (Participante 4).

Aquí el trato digno se materializa en gestos pequeños pero significativos: mantener contacto visual sin invadir, inclinar levemente la cabeza al escuchar, no interrumpir, explicar con calma, permitir preguntas. La diferencia entre una postura corporal cerrada, de brazos cruzados, mirada fija en la pantalla, respuestas breves y una postura abierta se experimenta como diferencia en la calidad del cuidado.

En el discurso de las y los profesionales entrevistados también emerge con fuerza la idea de humanización. Se describen a sí mismos como equipos “humanitarios y sociales”, comprometidos con el bienestar integral. En las entrevistas se menciona la importancia de considerar el contexto familiar, las redes de apoyo y las dimensiones psicosociales más allá del motivo puntual de consulta:

“Trabajar en salud pública también requiere cierto nivel de compromiso con la gente... uno se va dando cuenta de que no trabajas solo con una persona, trabajas con una familia completa. Trabajas con gente que se relaciona entre ellos, ya sean vecinos o familiares... al final cuando uno trabaja en salud, no trabaja solo por una persona, sino con una red.”
(Profesional 3).

“Cuando atiendo a una persona, hay que entenderla como un concepto completo, no solo la necesidad puntual que necesita. Entonces si hay alguna carencia familiar, social o psicológica... es muy difícil que esa persona pueda sostenerse en el tiempo.”
(Profesional 2).

“En la atención igual hacemos un poco de atención psicológica... la gente llega tensa y empieza a descomprimirse en el momento y terminamos conversando cosas que no tienen relación directa con lo dental, pero que generan cierto acompañamiento.”
(Profesional 2).

“Yo en lo personal me siento honrado de poder atenderlos... porque siento que puedo

generar un cambio real en que esa persona empiece a atenderse más.”
(Profesional 3).

En las narraciones, el trato digno suele aparecer asociado a disposiciones personales vinculadas al ejercicio profesional. Los participantes mencionan con frecuencia la importancia de “acompañar”, “tener vocación” o “tratar con respeto” a las personas usuarias, situando la humanización en la forma en que cada profesional se aproxima a la interacción clínica y en el modo en que se construye el vínculo durante la consulta.

La autoetnografía aporta un matiz relevante a esta dimensión. En diversas atenciones, el trato fue descrito como cordial y amable, destacando aquellas interacciones con personal directo. No se registraron escenas de confrontación abierta, sin embargo, se consignaron situaciones donde el trato, aunque correcto en términos formales, fue percibido como distante: ser llamados por nombre registral sin mediación, respuestas breves, ausencia de contacto visual.

“La profesional en práctica profesional, llamaba a cada persona por su nombre registral, acompañado de un caballero, o una señora por delante, en ese momento supe que me iba a enunciar asumiendo mi nombre, mi identidad, el conveniente apelativo de señor”. (Persona investigadora).

“En cada una de las atenciones nunca percibí un trato desigual o discriminatorio, al contrario de lo que podría imaginarme, sin embargo, aquellos gestos, aquellas preguntas (sobre mi identidad) hubieran hecho la diferencia.” (Persona investigadora).

“Los procedimientos clínicos fueron llevados a cabo con rigurosidad, con una ética bien aplicada, no obstante, ya el guardia me había malgenerizado, el administrativo de SOME también, entonces, la amabilidad de la profesional, no aminoraba el sentir.” (Persona investigadora).

En estos contextos, la diferencia entre una atención técnicamente adecuada y una atención relacional y cuidadosa se vuelve significativa. Cuando la persona ya se encuentra en situación de vulnerabilidad, ya sea, la invalidación en pequeños gestos adquiere mayor peso, la cordialidad sin diálogo puede sentirse insuficiente, anteponerse a la situación de discriminación

se vuelve lo esperable.

En conjunto, los relatos muestran que el trato digno constituye un núcleo evaluativo central de la experiencia en atención primaria. La experiencia de una atención adecuada integra tanto la corrección clínica del procedimiento como la posibilidad de sentirse situado como sujeto integral dentro del encuentro. La dignidad aparece como el punto desde el cual la atención puede desplegarse como experiencia de cuidado o quedar reducida a una formalidad técnica que cumple con el procedimiento.

Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención

En esta dimensión emergen tensiones vinculadas a la asociación entre identidad de género diversa y riesgo sanitario. Los relatos permiten identificar momentos en que la conversación clínica se desplaza hacia áreas preventivas que la persona usuaria experimenta como sobredimensionadas o activadas de manera anticipada.

En varias entrevistas, la incomodidad aparece situada en un punto específico de la consulta: el momento en que se formulan preguntas adicionales o se orienta la conversación hacia aspectos que no siempre se vinculan directamente con el motivo de consulta:

“Lo otro que quería comentar era de la psicóloga y me di cuenta porque fui a dos sesiones y sentí que quería ahondar demasiado en lo trans, sentí que todas que ella pensaba que toda mi problemática era por ser trans. Y la segunda sesión fue como de nuevo lo mismo, porque yo no lo puse en la mesa, sino que ella ... entonces era como no sé si quiero hablar de esto, pero ella era la que llevaba la conversación entonces fue más difícil.”
(Participante 2).

“Que no se me hagan preguntas que no deberían hacerse, como preguntas personales, sino que simplemente todo directo a la atención.” (Participante 4).

En otros momentos, la incomodidad aparece asociada a la necesidad de reiterar elementos básicos de reconocimiento durante la consulta, lo que desplaza la interacción hacia la explicación de la propia identidad:

“Si te estoy pidiendo, personal y formalmente que me llames con un pronombre o un nombre en especial, hazlo... es un estado de salud en el que te estoy pidiendo que me trates de una forma para yo seguir en este estado, no abandonar mi tratamiento tal vez, no abandonar todo tipo de servicio de salud.” (Participante 7).

En conjunto, este material describe situaciones en que la identidad de género aparece como un eje que reorganiza la conversación clínica, incluso cuando no constituye el motivo principal de consulta. Las personas participantes relatan momentos en que la interacción se desplaza hacia preguntas personales, explicaciones identitarias o preocupaciones preventivas. En estos episodios, la atención puede alejarse del problema de salud inicialmente planteado, situando a la persona usuaria en una posición donde debe aclarar o reiterar aspectos de su identidad durante el encuentro clínico.

En varios relatos, esta situación se vincula con la expectativa de que la atención pueda desarrollarse sin que la identidad de género sea tratada como el origen principal de las dificultades de salud, lo que abre la discusión sobre la necesidad de evitar enfoques reduccionistas o patologizantes en la interacción clínica:

“Que no se me hagan preguntas que no deberían hacerse, como preguntas personales, sino que simplemente todo directo a la atención.”
(Participante 4).

“Sentí que quería ahondar demasiado en lo trans, sentí que ella pensaba que toda mi problemática era por ser trans.”
(Participante 2).

“Las experiencias que tú mencionas como positivas van en la línea del respeto, en la línea de la legislación y de la dignidad. Cuando entendemos el respeto y la dignidad como el paraguas para todo lo demás se está haciendo una atención afirmativa. El significado de la dignidad de la persona es que ella no es una enfermedad con patas”
(Participante 7).

En conjunto lo señalado, describe una expectativa compartida entre las personas participantes respecto a una atención clínica que pueda desarrollarse sin reducir la experiencia de salud a la identidad de género.

En las entrevistas aparece la preocupación de que la conversación se concentre excesivamente en lo trans o derive hacia preguntas personales que no se relacionan con el motivo de consulta. Frente a ello, las personas participantes destacan la importancia de que el reconocimiento identitario se articule dentro de un marco de respeto y dignidad.

Desde la perspectiva de las y los profesionales entrevistados, la prevención es descrita como parte habitual del trabajo sanitario en atención primaria. En las entrevistas se mencionan controles periódicos, chequeos clínicos, derivaciones e indicaciones preventivas como procedimientos técnicos que forman parte de la organización cotidiana de la atención.

“Ah, yo creo que, por la formación, porque las mallas de obstetricia —y creo que con psicología— deben ser de las mallas de la salud que más ramos como sociales tienen.”
(Profesional 1).

“Probablemente al ser más enfocados como en la salud y más en el control preventivo, muchas veces dentro de la misma carrera se nos inculca respecto a estos temas.”
(Profesional 3).

Estas prácticas se sitúan dentro del marco formativo de la salud pública y de una lógica biomédica orientada al seguimiento y control sanitario de la población. En sus discursos, estos actos se presentan como parte de la responsabilidad clínica del equipo de salud y del compromiso con el cuidado integral de las personas usuarias, en concordancia con los enfoques preventivos que estructuran el funcionamiento de la atención primaria.

La autoetnografía permite observar con mayor nitidez esta ambivalencia. En una de las atenciones relatadas, luego de conversar sobre hábitos de salud generales, se indicó la realización de exámenes de infecciones de transmisión sexual como parte del protocolo. La profesional explicó que se trataba de una medida preventiva estándar.

“La consulta transcurría con relativa normalidad. Hablábamos de salud, de sueño, de alimentación, de actividad física. En un momento la profesional mencionó la posibilidad de realizar exámenes de ITS como parte de lo habitual. La indicación fue presentada tranquilamente, como algo rutinario. En ese momento asentí, entendiendo que se trataba de una práctica preventiva, sin embargo, mientras la conversación continuaba, apareció una sensación difícil de precisar: la impresión de que el foco de la consulta se había desplazado hacia un tipo específico de riesgo.”
(Persona investigadora).

“Mientras la profesional explicaba el procedimiento, mi mente volvió por un momento a otras atenciones de salud en las que la diversidad sexual había aparecido asociada a preguntas sobre prácticas de riesgo. No fue una escena de confrontación, más bien fue una sensación conocida, una especie de eco que aparece cuando ciertos temas surgen dentro de la atención. Desde un punto de vista racional entendía el sentido preventivo del examen, pero al mismo tiempo percibía cómo esa indicación dialogaba con experiencias anteriores.”
(Persona investigadora)

“Comprendía que estos controles forman parte de la prevención. Aun así, algo en el ritmo de esa interacción me hizo notar cómo la consulta había pasado de una revisión general de salud a una preocupación por infecciones de transmisión sexual. La incomodidad se dio en la rapidez con que ese giro aparecía dentro de la interacción, la sensación de que ciertas preguntas parecían activarse con mayor facilidad cuando la identidad de género o la diversidad sexual estaban presentes.”
(Persona investigadora)

En conjunto, los registros autoetnográficos describen una experiencia marcada por la ambivalencia entre la comprensión técnica de las prácticas preventivas y la forma en que estas se activan dentro de la interacción clínica. Aunque la indicación de exámenes es entendida como parte de los protocolos de salud pública, en el relato aparece la percepción de que la conversación puede desplazarse rápidamente hacia preocupaciones sanitarias específicas.

Los tres corpus de datos describen situaciones en las que las prácticas preventivas forman

parte habitual del trabajo sanitario, pero pueden adquirir significados distintos dentro de la interacción clínica. Mientras las y los profesionales presentan estos procedimientos como parte de los protocolos de salud pública orientados al cuidado y seguimiento de la población, las personas usuarias relatan momentos en que estas acciones aparecen vinculadas a preguntas personales o a la necesidad de explicar su identidad durante la consulta.

La experiencia autoetnográfica muestra esta ambivalencia desde una perspectiva situada, describiendo escenas en que la indicación de exámenes preventivos es comprendida como parte del cuidado clínico, pero al mismo tiempo se experimenta como un desplazamiento del foco de la consulta hacia preocupaciones sanitarias específicas.

Tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria

Más allá de las dinámicas relacionales identificadas en las categorías anteriores, los relatos evidencian que la experiencia de atención se encuentra condicionada por factores estructurales propios del dispositivo de salud primaria. Tanto personas usuarias como profesionales describen un contexto marcado por limitaciones de recursos, alta demanda asistencial y procedimientos administrativos que inciden en el desarrollo de las atenciones.

En las entrevistas con profesionales aparece reiteradamente la percepción de trabajar en un sistema tensionado. Se menciona el aumento sostenido de la demanda y la dificultad para responder al volumen de consultas dentro de las capacidades del establecimiento. En este contexto, algunos profesionales describen una sensación persistente de insuficiencia en los recursos disponibles y en la capacidad resolutoria del sistema:

“yo siento que nunca logramos suplir toda la necesidad de salud que tiene la gente porque ya sea por cambios políticos, de repente la distribución de recursos cambia y al final a veces estamos trabajando con lo mínimo.”
(Profesional 3).

“A veces hay gente que va a su hora y no tenemos cómo resolverlo porque nos falta el insumo que se necesita o hay gente que requiere un tratamiento que ni siquiera está dentro de estas prestaciones.”
(Profesional 4).

“Entonces, a veces uno tiene toda la intención de poder aportar lo máximo que pueda, pero también no se puede por implementación, recursos o capacidad realmente. Y eso es porque tenemos una alta demanda para una cantidad de cupos tan pequeñas que al final igual queda gente dando vueltas. Es algo paradójico, pero enriquecedor.”
(Profesional 5).

En estos relatos, las limitaciones materiales y organizacionales aparecen como parte del funcionamiento cotidiano del sistema de atención primaria. Las personas profesionales mencionan la escasez de insumos, la alta demanda de consultas y la existencia de prestaciones que exceden la capacidad resolutoria del establecimiento. En conjunto, estos elementos describen un escenario institucional donde la atención se desarrolla bajo condiciones de recursos limitados y alta presión asistencial.

Desde la perspectiva de las personas usuarias, estas limitaciones se traducen en procesos lentos, incertidumbre respecto a tiempos de respuesta y escasa claridad sobre rutas específicas de atención. Se describen dificultades para acceder a determinadas prestaciones, información fragmentada y ausencia de señalización explícita sobre protocolos para población trans y no binaria.

“Yo creo que en general los CESFAM tienen mala atención porque... siempre es como atender lo más rápido posible y cómo eso hace muy instrumentalizada la atención.”
(Participante 3).

“La primera vez que la médico general me derivó y me pidió los exámenes me sentí muy frustrado, primero porque me atrasó un mes más y yo ya había estado esperando a esa hora como 2 meses y después esperar la derivación 3 meses más en el hospital fue mucho tiempo y ya estaba muy ansioso y fue súper terrible”
(Participante 7).

En estos relatos, la experiencia de atención aparece marcada por tiempos prolongados de espera y por procesos administrativos que pueden extender la resolución de la consulta. Las

personas participantes describen trayectorias de atención que implican múltiples pasos, demoras entre derivaciones y escasa claridad sobre los procedimientos que organizan el acceso a determinadas prestaciones.

La autoetnografía permite observar las condiciones estructurales que se experimentan en la interacción cotidiana con el dispositivo de salud. A través de los registros de campo elaborados durante las propias atenciones de la persona investigadora, se describen situaciones en las que los procedimientos administrativos, la organización interna del establecimiento y las dinámicas institucionales influyen en la experiencia de acceso y circulación dentro del CESFAM.

“En una de las visitas, necesitaba realizar el proceso de inscripción para tomarme los exámenes de rutina. La información no estaba claramente señalizada, por lo que comencé a preguntar a distintos funcionarios dónde debía dirigirme. La primera indicación me llevó a una ventanilla donde me informaron que el trámite se realizaba en otro sector. Desde allí me enviaron a otra oficina, donde nuevamente tuve que esperar turno para explicar el motivo de mi consulta.

Cada vez que preguntaba debía volver a formular la misma pregunta y esperar a que alguien pudiera orientarme”

(Persona investigadora).

“Noté que había una persona que era el auxiliar de servicio y que miraba, que vigilaba el trabajo de sus colegas. Este dispositivo, como los otros cambiaron su administración tras el cambio de alcalde y sentí que esa persona no era parte del dispositivo, estaba cumpliendo esa función de simplemente estar vigilando como a sus colegas, sentí y me transmitió esa incomodidad”.

(Persona investigadora).

Los registros autoetnográficos describen la experiencia de desplazarse dentro del dispositivo como una secuencia de pasos administrativos fragmentados que requieren insistencia y orientación por parte de la persona usuaria. La interacción con el sistema se organiza a través de indicaciones parciales y tiempos de espera, que se vuelven parte de la experiencia misma de atención.

En este contexto, las dinámicas organizacionales del establecimiento, incluyendo los

cambios administrativos y formas de supervisión interna, se perciben en el ambiente cotidiano, influyendo en la forma en que las personas habitan y experimentan el espacio sanitario.

En conjunto, los tres corpus de datos describen la presencia de condiciones estructurales que organizan la experiencia de atención en el contexto de la salud primaria. En las entrevistas con profesionales se mencionan limitaciones asociadas a la alta demanda asistencial, la escasez de recursos y la capacidad resolutoria del establecimiento. Por su parte, las personas usuarias relatan experiencias marcadas por tiempos prolongados de espera, procesos administrativos extensos y trayectorias de atención que implican múltiples pasos antes de acceder a determinadas prestaciones.

Finalmente, los registros autoetnográficos permiten observar cómo estas condiciones se experimentan en la circulación cotidiana dentro del establecimiento, a través de desplazamientos entre ventanillas, indicaciones parciales y tiempos de espera que forman parte del recorrido institucional de la atención.

Agencialidad y pedagogía forzada

En las entrevistas con personas usuarias emerge una dimensión vinculada al rol activo que muchas personas deben asumir durante la atención para explicar, aclarar o corregir aspectos relacionados con su identidad de género.

En distintos relatos se describe que, frente a la falta de familiaridad del personal de salud con las identidades no binarias, la persona usuaria termina proporcionando explicaciones sobre conceptos básicos, pronombres o formas de trato durante el desarrollo de la consulta.

“No debería ser la persona no binaria quien tenga que venir a hablar de eso.”

(Participante 4).

“Al final uno termina como educando un poco en la consulta, explicando qué significa ser no binarie o por qué ciertos términos no corresponden. No siempre es algo incómodo, pero igual es una conversación que aparece muchas veces cuando en realidad uno fue por otra cosa.”

(Participante 2).

“Es muy diferente la experiencia del usuario que dice ‘soy no binario’ y es como ‘oh, ¿qué es eso?’... porque no somos personas que estén en posición de educar todo el tiempo, sino que muchas veces nos toca explicar porque no existe un sistema que les enseñe sobre eso.”

(Participante 5).

En estos relatos, las personas participantes formulan propuestas orientadas a modificar prácticas institucionales dentro del sistema de salud. Las sugerencias se centran en la incorporación de instancias de formación en diversidad sexual y de género, la elaboración de protocolos explícitos para la atención de personas trans y no binarias y la existencia de información visible dentro de los establecimientos que oriente tanto a usuarios como a funcionarios sobre estas materias.

“Lo otro es que existiera la educación obligatoria en materia de diversidad...lo que es obligatoria hoy son las leyes y las circulares que la mayoría de los funcionarios de salud tampoco manejan el 100% y que no están en las paredes. Por ejemplo, la circular de la ley de derechos y deberes de los usuarios, eso está gigante, tú lo ves y es una cuestión enorme... pero ¿Por qué no hay algo referente a las diversidades sexuales y de género?”

(Participante 2).

“Lo primordial yo creo que funcionarios informados, ya no basta con que una persona sepa qué significa LGBT+, con que se ponga el nombre social, ya este punto básicamente hay que hacer un filtro profesional de “¿usted entiende lo que es una persona trans? ¿entiende que existe? ¿Usted entiende que una persona si te dice mis pronombres son tal, -aunque tú creas que no parecen-, lo pueden ser?”

(Participante 2).

“Yo creo que igual deberían existir protocolos más claros dentro del sistema, porque muchas veces uno no sabe bien a dónde dirigirse o cómo funcionan ciertas cosas cuando se trata de personas trans o no binarias.”

(Participante 5).

“Entonces, yo creo que al menos en temas como urológicos y ginecológicos todo el personal médico que está en esas áreas debería tener una capacitación para tratar a las personas en general y sobre todo hacia quienes tienen identidades de géneros diversos”.

(Participante 3).

En estos fragmentos, las personas participantes describen acciones concretas que podrían mejorar la atención dentro del sistema de salud, mencionando la necesidad de capacitaciones obligatorias, protocolos específicos y mayor visibilidad institucional de las normativas relacionadas con diversidad sexual y de género.

La autoetnografía permite observar cómo esta dimensión se experimenta en la interacción cotidiana con el sistema de salud. En los registros elaborados durante las atenciones, la persona investigadora describe momentos en que anticipa posibles lecturas sobre su identidad o evalúa si es pertinente intervenir para aclarar la forma en que desea ser nombrada.

“Mientras esperaba que me llamaran a la consulta, pensaba en cómo iba a presentarme. No era una decisión automática: evaluaba, si mencionar mis pronombres o si esperar a ver cómo la profesional iniciaba la conversación. En ocasiones he optado por explicarlo desde el comienzo, pero ese día decidí observar primero cómo se desarrollaba la interacción. Cuando la profesional utilizó una forma masculina para referirse a mí, dudé por unos segundos si corregirla o continuar la consulta sin intervenir”.

(Persona investigadora).

“En varias ocasiones noté que antes de que comenzara la consulta ya estaba pensando si sería necesario explicar mi identidad o corregir el pronombre utilizado. A veces decidía hacerlo de inmediato; en otras ocasiones optaba por dejar pasar la situación y concentrarme en la razón que me llevo al CESFAM.”

(Persona investigadora).

En estos registros, la gestión de la identidad aparece como una dimensión adicional dentro de la experiencia de atención. La persona investigadora describe momentos en que decide intervenir en la interacción para aclarar el trato recibido y otros en que opta por no hacerlo

cuando la consulta es breve o se orienta a un problema de salud específico.

Desde la perspectiva de las y los profesionales entrevistados, también aparecen referencias al cuidado que intentan mantener durante la atención para evitar errores en el trato o en el uso de pronombres. En algunos relatos se menciona la sensación de estar atentos al lenguaje utilizado y a la forma en que se dirigen a las personas usuarias durante la consulta.

“siento que igual es parte de nosotros y desde nuestra crianza y desde lo cultural, tener una tendencia a asociar la expresión de género con el que llega el usuario, con el rol y sexo asignado al nacer muchas veces cuando no siempre es así.”
(Profesional 3).

“Yo siento más serios a los colegas, porque se siente evidentemente una incomodidad. Sienten que están como caminando sobre cáscaras de huevo, porque como que en cualquier momento van a decir algo que quizás no corresponde, se siente como que están en la cuerda floja y no saben qué decir o cómo tratar a la persona.”
(Profesional 5).

“Como que no existe esta naturalidad, como poder respetar el pronombre y chao. Ellos tienen como un tira y afloja, de repente quieren decir el pronombre que no es... ‘si me equivoco la voy a joder ...o me van a poner un reclamo’.”
(Profesional 4).

En estos relatos, las personas profesionales describen una atención marcada por una vigilancia constante sobre el propio lenguaje y las formas de interacción. El uso de pronombres, las formas de nombrar y la preocupación por evitar errores aparecen como elementos presentes durante el desarrollo de la consulta.

En conjunto, los tres corpus describen situaciones en las que la interacción clínica incorpora momentos de explicación, corrección o ajuste en torno al reconocimiento identitario. Estos momentos aparecen tanto en los relatos de personas usuarias como en las referencias de profesionales al cuidado en el uso del lenguaje, y también en los registros autoetnográficos sobre la anticipación de estas situaciones en la atención.

Articulación de las categorías emergentes

El proceso analítico permitió identificar no solo categorías diferenciadas, sino relaciones dinámicas entre ellas. Para sistematizar esta interacción, se elaboró un esquema integrador que representa la interdependencia entre reconocimiento identitario, trato digno, prevención ambivalente, condiciones estructurales del dispositivo y agencialidad de las personas no binarias y trans no binarias (véase Anexo 6, Figura 1).

Este esquema no constituye una teoría cerrada, sino una síntesis gráfica del entramado interpretativo emergente. En su centro se sitúa la experiencia de reconocimiento tensionado en la atención primaria, entendida como resultado de la interacción simultánea entre prácticas relacionales, marcos normativos implícitos y condiciones organizacionales.

Las categorías no operan de manera aislada, el reconocimiento identitario puede verse limitado por la sobrecarga estructural; el trato digno puede coexistir con presunciones binarias; la prevención puede vivirse como cuidado o como recordatorio histórico de patologización; la agencia puede expresarse como propuesta transformadora o como autocontención estratégica.

Consideradas de manera articulada, estas dimensiones muestran que la experiencia de atención en salud primaria de personas trans no binarias se configura en un entramado relacional y estructuralmente mediado. No se trata de eventos aislados de discriminación ni de experiencias homogéneas de inclusión, sino de un proceso dinámico donde cuidado, ambivalencia y negociación identitaria coexisten.

La atención primaria aparece, así como un espacio donde confluyen prácticas de cuidado genuino, presunciones normativas naturalizadas, limitaciones organizacionales y esfuerzos individuales de mejora. Esta complejidad impide describir la experiencia en términos duales como positivos o negativos. Más bien, revela un escenario tensionado donde el reconocimiento no está garantizado, pero tampoco se encuentra ausente en su totalidad.

Los hallazgos presentados abren interrogantes respecto a las condiciones institucionales que permiten o limitan la garantía efectiva del derecho a una atención afirmativa. Estas tensiones serán abordadas en la discusión, donde los resultados serán puestos en diálogo con marcos teóricos críticos y literatura especializada.

Discusión y conclusiones

En relación con el objetivo general de esta investigación, orientado a describir las experiencias de atención sanitaria de personas no binarias y trans no binarias, junto a las de sus profesionales tratantes en el nivel primario de salud, los resultados permiten evidenciar que dichas experiencias se configuran en un escenario de reconocimiento tensionado, donde coexisten prácticas afirmativas situadas con limitaciones estructurales propias de un sistema sanitario organizado bajo lógicas cisnormativas.

En cuanto a los objetivos específicos, fue posible distinguir experiencias afirmativas, asociadas principalmente a prácticas relacionales de validación identitaria, así como experiencias estigmatizantes vinculadas a omisiones de reconocimiento, presunciones binarias y barreras institucionales. Asimismo, el análisis de las representaciones y actitudes del personal sanitario da cuenta de una disposición heterogénea, donde coexisten posturas inclusivas con marcos comprensivos aún anclados en categorías tradicionales de sexo y género.

Finalmente, la aproximación autoetnográfica permitió profundizar en las dinámicas del sistema de salud desde una experiencia situada, identificando tensiones estructurales, espacios de agencia y posibilidades de transformación en la atención hacia personas NB y TNB. En conjunto, estos hallazgos aportan a una comprensión relacional y estructural del reconocimiento en la atención primaria de salud, en coherencia con los objetivos planteados.

Reconocimiento tensionado en un sistema sanitario cisnormativo

Los hallazgos de esta investigación muestran que la Atención Primaria de Salud (APS) opera como un espacio de reconocimiento parcial y condicionado para las personas no binarias y trans no binarias. Las experiencias relatadas describen una dinámica compleja donde coexisten prácticas de cuidado con omisiones estructurales de reconocimiento, más que episodios predominantes de exclusión frontal. En este contexto, la validación identitaria aparece como una posibilidad dentro del encuentro clínico, aunque su realización presenta un carácter variable en la experiencia de la población usuaria.

Esta constatación permite sostener que el reconocimiento en APS adquiere principalmente un carácter contingente y relacional más que una forma plenamente institucionalizada. La posibilidad de ser nombrado correctamente, de que se pregunte por los

pronombres o de que la identidad sea explicitada dentro de la interacción clínica suele depender de la disposición individual de quien atiende. En este marco, el reconocimiento adopta un carácter personalizado antes que estructural dentro del funcionamiento institucional.

Desde la teoría del reconocimiento, esta situación puede analizarse como una confirmación incompleta. Honneth (1995) sostiene que el reconocimiento es una condición constitutiva para la integridad subjetiva y no una acción simbólica. Cuando depende de la buena voluntad individual y no de una garantía institucional, se produce una vulnerabilidad persistente: la identidad queda expuesta a la validación eventual, no se encuentra asegurada.

En términos estructurales, Nancy Fraser (2008) postula que las injusticias contemporáneas combinan dimensiones redistributivas y de reconocimiento. En los datos analizados en este estudio, la cuestión involucra tanto el acceso a prestaciones de salud como la posibilidad de ser reconocido como sujeto inteligible dentro del dispositivo sanitario. Cuando el sistema presupone el binario hombre/mujer como marco organizador, las identidades no binarias quedan situadas en una posición de exterioridad relativa o periférica, con formas de inclusión condicionada dentro del funcionamiento institucional.

En este estudio, dicha condición ha sido conceptualizada como un reconocimiento tensionado: un escenario intermedio donde coexisten gestos afirmativos situados con una estructura institucional que continúa operando bajo lógicas binarias. Tal como se sintetiza en el esquema analítico presentado en la Figura 1 del Anexo 6, esta experiencia emerge de la interacción entre prácticas relacionales de reconocimiento, condiciones estructurales del dispositivo sanitario y estrategias de agencia desplegadas por las personas usuarias.

La presunción automática del género en función de la corporalidad, la expresión de género o del nombre registral muestra que la inteligibilidad antecede a la enunciación. La pregunta por la identidad es una posibilidad eventual dentro de la atención, no forma parte del punto de partida del encuentro clínico.

Esta dinámica puede comprenderse a la luz de la noción de inteligibilidad de género planteada por Judith Butler (2004), según la cual ciertos cuerpos resultan legibles dentro de marcos normativos dominantes, mientras otros requieren una explicación adicional para ser comprendidos. En el contexto de la salud, la matriz de inteligibilidad organiza formularios, protocolos, fichas clínicas y flujos administrativos en torno a categorías binarias. Esta organización institucional expresa un proceso de normalización del binario de género dentro del

funcionamiento cotidiano del sistema sanitario.

La cisnormatividad, en este sentido, se constituye como un trasfondo regulador que define lo que es esperable y lo que se encuentra desviado. Chaparro y Abreu (2023) señalan que los sistemas sanitarios latinoamericanos continúan estructurados en torno a supuestos heterosexuales y cisnormados que condicionan las trayectorias de atención de las personas de la diversidad sexual. Asimismo, estudios nacionales documentan experiencias reiteradas de invalidación y maltrato en el contexto sanitario (González & Bernales, 2022; Roselló et al., 2023), mientras que Avilés González et al. (2024) describe el desgaste asociado a la gestión identitaria en contextos institucionales chilenos.

Lo relevante en los resultados de esta investigación es que la APS se configura como un espacio en transición hacia la entrega de una atención afirmativa y el respeto de un trato digno. Las experiencias relatadas muestran la coexistencia de prácticas de cuidado con procesos institucionales que aún se encuentran en desarrollo. En este contexto, se identifican profesionales con disposición inclusiva; sin embargo, estas iniciativas adquieren un carácter episódico y aún enfrentan el desafío de traducirse en prácticas sistemáticas, como la institucionalización de la pregunta por los pronombres deseados o la actualización de los registros administrativos. De este modo, las prácticas afirmativas conviven con una estructura institucional que mantiene una organización estable.

Desde un enfoque de derechos humanos, esta tensión adquiere una dimensión adicional, ya que, el derecho a la salud se constituye tanto en el acceso físico a prestaciones como a la aceptabilidad, calidad y adecuación cultural de la atención (Comité DESC, 2000). Cuando el reconocimiento identitario no está garantizado, se afecta la legitimidad del servicio. La dignidad como principio rector de los derechos humanos se vuelve relativiza.

El reconocimiento tensionado se comprende como la expresión de una arquitectura institucional que aún enfrenta el desafío de transformar sus supuestos normativos en la prestación cotidiana de servicios, más que como una falla atribuible a cada profesional o administrativo. La experiencia de las personas no binarias y trans no binarias revela los límites de un sistema diseñado para sujetos situados dentro del binario de género. En este marco, la tensión se configura en un nivel organizativo que define quién resulta inmediatamente reconocible y quién debe explicar su identidad dentro de la interacción institucional.

Así, los hallazgos describen una forma de inclusión condicionada, en la que los CESFAM

aparecen como espacios donde el cuidado es posible mientras el reconocimiento pleno continúa en proceso de institucionalización.

APS como reflejo de un orden jurídico binario

El reconocimiento tensionado identificado en los resultados se inscribe así en un marco jurídico, administrativo y cultural que continúa organizándose bajo las lógicas binarias de sexo y género, sin considerar el reconocimiento paulatino de aquellas identidades que no se autoidentifican dentro de la norma. La APS opera como un dispositivo inserto en un orden normativo más amplio que delimita cuales son las identidades son reconocibles, registrables y, por tanto, inteligibles.

Desde los aportes de Butler (2004), el género se constituye como un efecto reiterado de normas que regulan la inteligibilidad de cada corporalidad. En esta línea, el derecho y las políticas públicas no solo reconocen identidades; las producen como categorías posibles. Cuando el orden jurídico estructura el reconocimiento en torno a la oposición hombre/mujer, establece los límites de lo que puede ser enunciado y lo visible para la estructura social.

En el contexto chileno, si bien se han producido avances normativos en materia de identidad de género, la estructura legal continúa operando desde la lógica de un régimen binario. La homologación de identidades no binarias bajo categorías trans que se ajustan a lógicas binarias produce efectos de invisibilización (Avilés González et al., 2024). La búsqueda de homologación no implica una negación directa, sino una asimilación que normaliza: la experiencia no binaria debe traducirse al entendimiento binario para poder ser administrativamente procesado.

Este fenómeno puede comprenderse a partir de la noción Foucaultiana de “dispositivo”, entendiendo el sistema sanitario como una red de saberes, prácticas y regulaciones que articulan biopolítica y administración de cuerpos (Foucault, 1976). La ficha clínica, el formulario de inscripción, el registro de sexo legal y los protocolos epidemiológicos no se utilizan como tecnologías que materializan una determinada concepción del cuerpo y del género. En ellos se sedimenta un régimen de verdad que delimita las posibilidades de reconocimiento que va más allá del registro de un instrumento técnico.

Así, la APS refleja y da lugar a un orden jurídico y cultural estructuralmente binario (Hoyos Hernández et al., 2023; Tomicic et al., 2024). Esta reproducción es en ocasiones

inconsciente e involuntaria, sin embargo, opera como normalización. La inexistencia de casilleros no binarios en los sistemas de registro, la ausencia de protocolos diferenciados o la imposibilidad de incorporar pronombres en las fichas institucionales son expresiones de un orden normativo que presupone la estabilidad del binario como un principio organizador de la sociedad, entendiéndose así que las vivencias de las personas que usan el sistema de salud no constituyen fallas solo anecdóticas.

Desde la teoría de la sexualidad, este orden puede interpretarse como parte de la matriz heterosexual descrita por Butler (1990), donde los componentes de sexo, género y deseo se alinean en una coherencia normativa que estructura la validación social. Las identidades no binarias tensionan esa coherencia, porque en su concepción desbordan categorías establecidas en cuanto al entendimiento de cada quien y en consecuencia, el sistema responde mediante estrategias de traducción o simplificación de sus experiencias.

Los resultados de esta tesis muestran que dicha traducción se experimenta en lo cotidiano: profesionales que intentan ubicar la identidad dentro de categorías conocidas, registros que obligan a seleccionar entre opciones binarias, protocolos que no contemplan trayectorias no lineales. La invisibilización se convierte así en la expresión de una imposibilidad estructural de inscripción y que no se expresa singularmente en la negación explícita de la atención.

En este sentido, la APS no crea la cisnormatividad; la operacionaliza, la reproduce y funciona como un espacio donde el orden jurídico binario se materializa en prácticas concretas de clasificación, registro y atención. La tensión vivida por las personas no binarias es estructuralmente producida y es posible de visualizar a través de las relaciones dentro de quienes proveen los servicios de salud y las personas que usan las prestaciones.

La discusión se desplaza entonces hacia una responsabilidad institucional, ya que, no basta con formar profesionales en diversidad si los sistemas de registro, protocolos y marcos legales continúan organizados bajo supuestos binarios. La experiencia de reconocimiento tensionado observada en este estudio revela los límites de una legitimación que no ha sido plenamente institucionalizada.

Así, la APS aparece como el reflejo de un orden jurídico que reconoce en forma parcial a cada individuo, traduce estratégicamente la vivencia no binaria y la normaliza en el silencio, dentro de lo aceptado en las categorías sociales de sexo y género. Las identidades no binarias no quedan fuera del sistema; quedan contenidas dentro de categorías que no siempre les

corresponden.

Afirmación como práctica contrahegemónica

La afirmación identitaria emerge como una práctica situada que tensiona el orden establecido en los dispositivos de salud. Los hallazgos muestran que existen profesionales y equipos que despliegan estrategias explícitas de reconocimiento: preguntar por pronombres, validar la identidad sin cuestionamiento, generar encuadres respetuosos. Sin embargo, estas prácticas no constituyen aún una garantía estructural, sino intervenciones contingentes dentro de un dispositivo que permanece binario y normativo, por ende, una práctica afirmativa es una contrapropuesta al orden, pero que logra la transformación total del quehacer clínico.

La literatura en psicoterapia LGBTQIANB+ en Iberoamérica ha mostrado que la afirmación explícita es una intervención significativa, su aplicación se asocia con mejores resultados en bienestar psicológico y disminución de sintomatología ansiosa y depresiva (Tomicic et al., 2024; Martínez & Tomicic, 2023). A nivel internacional, estudios longitudinales en juventudes trans no binarias y no binarias evidencian que el acceso a cuidados afirmativos se vincula con una reducción significativa de síntomas depresivos y de ideación suicida (Tordoff et al., 2022; Stewart et al., 2021).

Desde esta perspectiva, la afirmación se configura como una práctica con efectos concretos sobre la salud mental. Nombrar correctamente, preguntar por pronombres o evitar presunciones constituyen intervenciones que inciden en la percepción de legitimidad y seguridad subjetiva.

Sin embargo, los resultados de esta tesis muestran que, en el contexto de la APS, estas prácticas operan como micro-resistencias, la afirmación depende de la disposición ética individual y no de un rediseño institucional sistemático. En términos performativos, puede decirse que ciertos profesionales o administrativos interrumpen la reiteración normativa del binario mediante actos que amplían lo que es comprensible a nivel social (Butler, 2004). No obstante, estos actos no modifican las condiciones estructurales que sostienen la matriz binaria.

Chaparro y Abreu (2023) y Otter (2025) advierten que los sistemas sanitarios pueden incorporar discursos inclusivos sin alterar sus fundamentos organizativos. Los resultados aquí analizados parecen dialogar con aquella presunción: la afirmación es posible, incluso es frecuente en variados equipos, pero no se encuentra en la normativa exigida ni se encuentra en

procedimientos integrada.

Esta condición produce un escenario paradójico, ya que, por un lado, la evidencia científica respalda la necesidad de cuidados afirmativos como componente de una práctica alineada a parámetros clínicos. Por otro lado, su implementación queda sujeta a iniciativas locales y no de lineamientos transversales. La afirmación se convierte, así, en práctica contrahegemónica porque no está institucionalizada.

La consecuencia es que la experiencia de cuidado puede variar en forma significativa entre establecimientos, equipos o incluso entre profesionales dentro del mismo CESFAM. Esta variabilidad reproduce el reconocimiento tensionado y descrito: la persona no binaria y trans no binaria puede encontrar espacios afirmativos o interacciones neutras que reproducen la presunción binaria.

Más allá del déficit: reconocimiento, bienestar y posibilidad

Una parte significativa de la literatura en salud de personas no binarias y trans no binaria ha documentado las experiencias de estigmatización, discriminación y exclusión institucional (Hoyos Hernández et al., 2023; Roselló et al., 2023). Estos estudios han sido fundamentales para visibilizar las vulneraciones sistemáticas y sus efectos en la salud mental y en el acceso a servicios, no obstante, investigaciones más recientes advierten el riesgo de consolidar una narrativa exclusiva centrada en el daño, que termina reproduciendo una imagen de esta población como sujetos permanentemente victimizados (Otter, 2025).

Los hallazgos de esta tesis permiten matizar ese panorama, ya que, si bien se identifican tensiones estructurales y ambivalencias institucionales, también emergen experiencias de cuidado genuino, validación explícita y construcción de vínculos clínicos significativos. Esta coexistencia revela que la atención primaria de salud también es un territorio de posibilidades de legitimidad.

Desde una perspectiva de reconocimiento, la validación identitaria constituye un factor protector activo. Estudios realizados en el país han identificado que el reconocimiento social e institucional se asocia con menores niveles de afectación psicológica y mayor bienestar subjetivo en poblaciones no binarias (Avilés González et al., 2024; Barrientos et al., 2023). La posibilidad de habitar espacios donde la identidad es comprendida y reconocida se experimenta como un alivio frente al prejuicio y como una vivencia constitutiva de dignidad.

En este sentido, el reconocimiento se configura como una condición de posibilidad para el bienestar. Judith Butler (2004) sostiene que la inteligibilidad constituye un requisito fundamental para la supervivencia social y para la propia existencia de la vida. Cuando la identidad es reconocida sin sospecha ni traducción forzada, se amplían las condiciones de habitabilidad institucional.

Los resultados muestran que incluso pequeñas modificaciones relacionales como explicar procedimientos sin presunciones o validar sin patologizar pueden reconfigurar la experiencia subjetiva del encuentro clínico. Estas prácticas, aunque aún no estructurales, evidencian que, dentro del dispositivo sanitario, existen fisuras donde se producen experiencias afirmativas que no se reducen a la lógica del daño.

Superar la narrativa deficitaria supone reconocer las tensiones identificadas y, al mismo tiempo, comprender que la experiencia en APS es compleja, heterogénea y situada territorialmente. En este marco, las personas trans no binarias y no binarias se presentan como agentes críticos que identifican espacios de mejora y participan activamente en su transformación. Su experiencia revela formas de participación, reflexión y agencia frente al funcionamiento institucional. Así, más allá del déficit, los resultados invitan a pensar las prácticas posibles como una construcción activa de condiciones de dignidad.

Implicancias estructurales para la atención primaria de salud

Si el reconocimiento tensionado se origina en la interacción entre estructura binaria y las prácticas situadas, su transformación no puede limitarse a lo individual, los hallazgos sugieren que la formación profesional, aunque necesaria, resulta insuficiente si no se acompaña de modificaciones en dispositivos administrativos, registros clínicos y protocolos institucionales.

La literatura regional señala que las barreras en salud se relacionan tanto con prejuicios individuales como con déficits estructurales en políticas públicas y lineamientos operativos (Hoyos Hernández et al., 2023). En el ámbito psicoterapéutico, Martínez y Tomicic (2023) y Tomicic et al. (2024) subrayan que la afirmación efectiva requiere competencia cultural junto con marcos institucionales que la respalden y la establezcan como estándar de práctica.

Los resultados de esta tesis muestran que cuando el reconocimiento depende de la voluntad individual, se produce variabilidad en la experiencia de atención. Esta compromete la garantía del derecho a la salud en condiciones de igualdad. Desde un enfoque alineado a los derechos humanos, la obligación estatal no se agota en permitir prácticas afirmativas; debe

institucionalizarlas.

Esto implica intervenciones a múltiples niveles, a través de: (a) la incorporación sistemática de la pregunta por pronombres en fichas y registros, (b) actualización de sistemas informáticos que contemplen identidades no binarias, (c) protocolos explícitos que orienten la atención desde un enfoque afirmativo, (d) capacitaciones obligatorias transversal, no limitada a equipos específicos, (e) supervisiones y evaluación institucional del cumplimiento de estándares de trato digno y (f) la transformación el reconocimiento tensionado exige desplazar la afirmación desde la esfera ética individual hacia la esfera normativa institucional.

La discusión aquí desarrollada propone una relectura estructural del derecho a la salud orientada a garantizar una atención afirmativa. Este enfoque plantea la revisión de los supuestos normativos que definen quién resulta inmediatamente reconocible dentro del sistema sanitario.

Afirmación, prevención y bienestar: límites y posibilidades

La evidencia internacional ha demostrado que el acceso a cuidados afirmativos constituye una intervención preventiva en salud mental, asociada a una disminución significativa de indicadores de salud mental de bienestar (Tordoff et al., 2022). En este sentido, la afirmación debe ser comprendida tanto desde la sensibilidad cultural como un componente estructural de la prevención en la salud pública.

Sin embargo, los hallazgos de esta investigación muestran que en el contexto de la APS chilena la afirmación opera como práctica contingente y no como estándar institucional consolidado. Esta contingencia introduce un límite estructural a su potencial preventivo, convirtiendo la protección en salud mental que se vuelve variable e incierta.

Desde un enfoque de género, la prevención en salud integra dimensiones que trascienden las intervenciones biomédicas y epidemiológicas. El derecho a la salud, de acuerdo con los estándares legislativos internacionales, comprende condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Comité DESC, 2000). La aceptabilidad incluye el respeto a la identidad, la dignidad y la adecuación cultural. En este marco, la afirmación constituye parte del contenido esencial del derecho a la salud para personas no binarias y trans no binarias.

El marco expuesto en esta tesis permite sostener que la prevención en el espacio de atención primaria se encuentra atravesado por una ambivalencia: por un lado, existen prácticas afirmativas que generan experiencias de bienestar y seguridad; por otro, persisten presunciones normativas que pueden reactivar memorias de patologización o estigmatización. La prevención

puede operar en forma simultánea como cuidado y recordatorio histórico de vigilancia biomédica.

Este doble movimiento revela los límites de una prevención cuya resignificación desde una perspectiva afirmativa permanece incompleta. Mientras la afirmación se sostenga principalmente como iniciativa individual en lugar de constituirse como mandato estructural, el ejercicio pleno del derecho a la salud continuará condicionado por la variabilidad institucional. En este sentido, la afirmación forma parte constitutiva de la prevención en salud mental y del ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Aporte específico de esta investigación

El presente estudio realiza un aporte específico en al menos cuatro dimensiones interrelacionadas.

En primer lugar, ofrece evidencia empírica situada en el contexto de la atención primaria de salud chilena, un nivel del sistema que ha sido menos explorado en comparación con estudios centrados en atención especializada o en psicoterapia (Chaparro & Abreu, 2023; Tomicic et al., 2024). Al situar el análisis en la APS, este trabajo amplía la comprensión de cómo las dinámicas de reconocimiento operan en el primer nivel de contacto institucional.

En segundo lugar, el estudio integra tres posiciones analíticas —personas usuarias, profesionales de la salud y autoetnografía de la persona investigadora—, lo que permite una triangulación intercorpus que complejiza la interpretación. Esta articulación revela tanto las tensiones vividas por quienes utilizan el sistema de salud como las disposiciones, límites y ambivalencias percibidas por los equipos de salud, ofreciendo una comprensión relacional del fenómeno.

En tercer lugar, la investigación propone la categoría analítica de reconocimiento tensionado, entendida como una forma intermedia entre exclusión abierta y afirmación estructural. Esta categoría permite describir experiencias donde co-existen prácticas de cuidado con presunciones normativas persistentes, ofreciendo una herramienta conceptual para analizar escenarios institucionales en transición.

Finalmente, el estudio se inscribe en un posicionamiento epistemológico afirmativo que aborda la diversidad de género como una condición legítima de existencia. Este enfoque orienta la interpretación y redefine el marco desde el cual se analiza la interacción clínica, en coherencia con perspectivas contemporáneas en salud mental LGBTQIANB+ (Tomicic et al., 2024).

En conjunto, el aporte de esta tesis consiste en ofrecer una lectura estructural y relacional del reconocimiento en la Atención Primaria de Salud, articulando teoría crítica, enfoque de derechos humanos y evidencia empírica situada para comprender las experiencias de atención de personas no binarias y trans no binarias.

Limitaciones del estudio

Toda investigación cualitativa situada se desarrolla dentro de alcances y límites analíticos que orientan la interpretación de sus hallazgos y el alcance de sus conclusiones.

En primer lugar, la investigación se desarrolló en un contexto territorial específico dentro de la atención primaria de salud chilena, en la que sus dinámicas institucionales observadas responden a configuraciones locales de gestión, cultura organizacional y administración comunal que no suele ser replicado en otros territorios del país.

La descripción densa del contexto y la triangulación intercorpus fortalecen la transferibilidad analítica de los hallazgos dentro de marcos interpretativos comparables. Al mismo tiempo, la diversidad de configuraciones presentes en la Atención Primaria de Salud chilena invita a situar estos resultados dentro de contextos institucionales específicos. La APS chilena presenta heterogeneidades significativas en infraestructura, liderazgo, implementación de políticas públicas y formación de equipos, factores que pueden dar lugar a configuraciones distintas de reconocimiento o exclusión.

Además, el estudio se desarrolló en un momento histórico específico posterior a transformaciones sociopolíticas relevantes en materia de género y diversidad sexual. Es posible que los hallazgos reflejen una etapa transicional del sistema sanitario, lo que implica que futuras investigaciones podrían identificar desplazamientos o modificaciones en estas dinámicas. La naturaleza situada del estudio constituye al mismo tiempo su fortaleza interpretativa y su límite estructural.

Este contexto histórico también se caracteriza por la persistencia de experiencias significativas de discriminación hacia las diversidades sexuales y de género en el país. Datos oficiales recientes provenientes de la *Encuesta Web Diversidades* del Instituto Nacional de Estadísticas indican que el 85,4 % de las personas participantes señaló haber experimentado situaciones de discriminación, mientras que un 74,2 % manifestó haber sufrido violencia psicológica o verbal asociada a su orientación sexual, identidad o expresión de género (Instituto

Nacional de Estadísticas, 2026).

En paralelo, el debate público sobre políticas de género, derechos reproductivos y reconocimiento de identidades diversas ha adquirido alta visibilidad en el escenario político chileno, generando preocupaciones en organizaciones feministas y de derechos humanos respecto de eventuales retrocesos en materia de igualdad y derechos de género. Distintos análisis periodísticos han señalado que la reciente configuración política del país ha reactivado discusiones públicas sobre derechos reproductivos, políticas de género y el alcance de las agendas de igualdad, evidenciando un escenario de alta polarización en torno a estos temas (El País, 2026; The Guardian, 2026).

La inclusión de estos antecedentes permite situar las experiencias descritas en esta investigación dentro de un contexto social y político más amplio, caracterizado por tensiones persistentes entre avances normativos en materia de reconocimiento de derechos y la continuidad de prácticas discriminatorias o controversias institucionales en torno a las diversidades sexuales y de género.

En segundo lugar, aunque la integración de entrevistas a personas usuarias, profesionales y autoetnografía permitió una comprensión relacional del fenómeno, el número de participantes fue acotado. Si bien la profundidad analítica fue priorizada por sobre la amplitud muestral, no se capturan todas las experiencias posibles dentro de la diversidad no binaria, particularmente en intersecciones con variables como edad, clase social, ruralidad, pertenencia indígena o migración. Estas dimensiones podrían complejizar aún más las tensiones identificadas.

En tercer lugar, la autoetnografía, si bien enriqueció el análisis mediante reflexividad situada, está mediada por la trayectoria de la persona investigadora. El posicionamiento explícito de la persona investigadora responsable como sujeto no binario y profesional de la salud pudo facilitar accesos, generar empatía y permitir la lectura detallista de micro interacciones; sin embargo, también pudo influir en la interpretación de ciertos fenómenos. El posicionamiento epistemológico afirmativo adoptado por esta tesis que reconoce la legitimidad de las identidades no binarias como punto de partida, constituye una elección ética y política explícita, pero también delimita el marco interpretativo desde el cual se analizan las tensiones institucionales.

Asimismo, el estudio se centró exclusivamente en el primer nivel de atención, siendo las experiencias en atención secundaria o terciaria, donde los dispositivos pueden operar bajo otras lógicas biomédicas o administrativas. Tampoco se desarrolló un análisis documental exhaustivo

de normativas internas, protocolos oficiales o sistemas informáticos, lo que podría complementar y robustecer la comprensión estructural del fenómeno.

Finalmente, la categoría de reconocimiento tensionado constituye una propuesta conceptual emergente a partir de este estudio específico. Si bien mostró consistencia analítica interna, su formulación puede estar influida por las particularidades del contexto investigado y por el marco teórico adoptado. Existe el riesgo de sobredimensionar su aplicabilidad si no se contrasta en otros escenarios institucionales. Asimismo, su descripción puede requerir mayor delimitación teórica para diferenciarlo de nociones próximas como reconocimiento incompleto, inclusión condicionada o tolerancia institucional.

Reconocer estas limitaciones permite situar los hallazgos con mayor precisión analítica. La fortaleza del estudio reside en su profundidad interpretativa y en la articulación entre estructura, práctica y agencia. Su límite se vincula con la necesidad de contrastación comparativa y con la expansión analítica en investigaciones futuras.

Es pertinente considerar que algunas de las tensiones identificadas también pueden vincularse con condiciones estructurales generales de precariedad en la atención primaria, además de las dinámicas cisnormativas presentes en el sistema de salud. La sobrecarga asistencial, los tiempos acotados de consulta, la insuficiencia de recursos humanos y la burocratización de los procesos administrativos afectan de manera transversal a la población usuaria de las prestaciones de salud pública. En este sentido, parte de las experiencias de reconocimiento parcial pueden encontrarse mediadas por dinámicas organizacionales amplias que atraviesan el funcionamiento del sistema y forman parte de un modelo de gestión tensionado por limitaciones estructurales.

Si bien el análisis permitió distinguir dimensiones propiamente normativas de aquellas vinculadas a precariedad institucional, existe el riesgo de sobre interpretar ciertos fenómenos bajo la clave exclusiva de cisnormatividad. Una lectura alternativa podría sostener que algunas omisiones en el reconocimiento identitario responden tanto a supuestos culturales binarios como a prácticas clínicas rutinarias en contextos de alta demanda. Esta distinción resulta relevante para evitar reduccionismos explicativos y para reconocer que la transformación institucional requiere intervenciones que aborden simultáneamente desigualdades de género y precariedades estructurales más amplias del sistema sanitario.

Proyecciones futuras y desarrollo del modelo preliminar de reconocimiento tensionado

Los hallazgos de esta investigación abren una agenda de investigación y desarrollo institucional que requiere expansión metodológica, comparación entre dispositivos y evaluación de intervenciones. A partir de la articulación entre las categorías emergentes, sintetizada en la Figura 1 del Anexo 6, es posible esbozar un modelo preliminar de reconocimiento tensionado, A continuación, se proponen líneas futuras articuladas con el modelo de reconocimiento tensionado y respaldadas por literatura reciente.

Una primera proyección es desarrollar estudios cuantitativos que permitan evaluar, con mayor alcance poblacional, la asociación entre reconocimiento institucional, trato digno y bienestar psicológico en personas trans y no binarias. La evidencia internacional ha mostrado que el acceso a cuidados afirmativos se asocia con mejores resultados en salud mental, incluyendo reducción de síntomas depresivos y ansiosos (Tordoff et al., 2022). En paralelo, la literatura iberoamericana en psicoterapia LGBTQIANKB+ respalda que la afirmación explícita y contextualizada tiene efectos clínicos medibles, por lo que su presencia o ausencia puede conceptualizarse como un determinante relevante del bienestar (Tomicic et al., 2024; Martínez & Tomicic, 2023).

Una segunda proyección hace relación a diseños comparativos entre hospitales o servicios de salud de especialidad. Los resultados de esta investigación se ubican en APS, pero las tensiones de reconocimiento pueden expresarse de modo distinto en atención secundaria/terciaria o en dispositivos como urgencias, hospitalización, salud mental especializada o salud sexual y reproductiva. La literatura local sobre barreras en salud trans señala que déficits formativos y políticas insuficientes atraviesan múltiples niveles del sistema, aunque con manifestaciones heterogéneas (Hoyos Hernández et al., 2023).

Asimismo, la comprensión de la APS como dispositivo inserto en estructuras cisnormativas sugiere que la comparación institucional permitiría diferenciar qué parte de la tensión es propia del nivel de atención y qué parte responde a marcos normativos transversales (Chaparro & Abreu, 2023; Otter, 2025).

Una tercera proyección es contrastar la categoría de reconocimiento tensionado en distintos territorios del país. La variabilidad comunal y regional en recursos, cultura organizacional, liderazgo y articulación intersectorial puede modificar profundamente la experiencia usuaria. A nivel nacional, la literatura ha documentado maltrato e invalidación en

salud, pero la magnitud y forma de estas experiencias puede variar según contexto local (Roselló et al., 2023; González & Bernales, 2022). En población no binaria y trans no binaria en Chile, se ha descrito que la validación identitaria funciona como factor protector frente al prejuicio, lo que vuelve relevante explorar cómo se distribuye esa validación institucionalmente (Avilés González et al., 2024; Barrientos et al., 2023).

Finalmente, una proyección prioritaria es pasar del diagnóstico analítico a la evaluación de intervenciones institucionales concretas. La literatura muestra que la afirmación mejora resultados clínicos, pero su eficacia depende de condiciones de implementación: formación, protocolos, registros y cultura organizacional (Tomicic et al., 2024; Martínez & Tomicic, 2023). En APS, donde las prácticas afirmativas aparecen como intermitentes y situadas, evaluar intervenciones estructurales permitiría identificar qué cambios producen mejoras sostenidas y cuáles quedan neutralizados por la estructura cisnormativa (Chaparro & Abreu, 2023; Otter, 2025).

Desde una perspectiva de derechos humanos, el derecho a la salud comprende no solo el acceso formal a prestaciones sanitarias, sino también las condiciones en que dichas prestaciones se ofrecen. De acuerdo con los estándares internacionales, este derecho integra dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, lo que implica que la atención debe ser culturalmente adecuada, respetuosa de la dignidad y libre de discriminación. En el caso de las personas no binarias y trans no binarias, ello supone garantizar tanto una cobertura sanitaria efectiva como el reconocimiento identitario dentro del dispositivo institucional.

Los hallazgos de esta investigación muestran que cuando el reconocimiento permanece dependiente de las voluntades individuales y no de garantías estructurales el ejercicio del derecho a la salud se encuentra condicionado. La dignidad, en estos contextos, deja de ser un principio operativo y se convierte en posibilidad variable. El reconocimiento no constituye un gesto accesorio, sino una condición básica de igualdad sustantiva.

Avanzar hacia una atención primaria de salud estructuralmente afirmativa representa una exigencia ética y jurídica coherente con los compromisos del Estado en materia de igualdad y no discriminación. Implica reconfigurar prácticas, registros, protocolos y marcos formativos de manera que el reconocimiento no sea excepcional ni negociado, sino institucionalmente garantizado, que va más allá de una demanda sectorial e identitaria.

En este sentido, la transformación de la atención primaria debe incorporar la revisión de

los supuestos normativos que organizan la inteligibilidad de las diversas corporalidades dentro del sistema sanitario. Garantizar el derecho a la salud para personas no binarias y trans no binarias requiere desplazar el reconocimiento desde la esfera de la contingencia hacia la esfera de la estructura.

Referencias Bibliográficas

- Alcalá, E. (2024). ¿Qué es el sexo? *Historia de las Ideas*, (1), 19-33.
<https://historiadelasideas.es/revista/article/view/6>
- Alcántara, E. (2013). Identidad sexual/rol de género. *Debate feminista*, 47, 172-201.
[https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30073-1](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30073-1)
- Alday, C., Lay-Lisboa, S., & Castañeda, L. (2022). Parentalidad desde la diversidad en Chile. *Revista Estudios Feministas*, 30, e77984. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n377984>
- Alday-Mondaca, C., & Lay-Lisboa, S. (2022). Telar Interseccional: Una propuesta metodológica para producir y analizar discursos desde teorías contra-hegemónicas aplicada al estudio de la Diversidad Sexo-Afectiva y de Género. *Izquierdas*, (51), 1-24.
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/173477>
- Al Ramiah, A., Hewstone, M., Dovidio, J. F., & Penner, L. A. (2010). The social psychology of discrimination: Theory, measurement and consequences. En *Making equality count: Irish and international research measuring equality and discrimination*. Dublin, Ireland: The Equality Authority.
- American Psychological Association. (2015). *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.
<https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>
- Araya, E. G., González, T. M., & Fuentes, I. L. (2020). Discriminación y violencia hacia jóvenes lesbianas, gays y bisexuales en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 60(3), 29-37.
<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/154>
- Arias, M., & Giraldo, C. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y educación en enfermería*, 29(3), 500-514.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072011000300020&script=sci_arttext
- Argyriou, K. (2022a). ¿Qué ha supuesto para la psicología la lucha contra la patologización trans? *Eikasía Revista de Filosofía*, (107), 125-144.
<https://doi.org/10.57027/eikasía.107.300>

- Argyriou, K. (2022b). Trajectories towards affirmation: Gender identity in mental health services after the ICD-11. *Quaderns de psicologia*, 24(2), 0007-e1821.
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1821>
- Arrúe, M. (2023). El derecho a la identidad sexual/género ya la libertad de expresión de género. Los avances en la protección sociolaboral de las personas trans. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 125-173. <https://doi.org/10.51302/rtss.2023.18599>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.
- Ashley, F. (2023). What is it like to have a gender identity?. *Mind*, 132(528), 1053-1073.
<https://doi.org/10.1093/mind/fzac071>
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics*, 40(1), 141-156.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Avilés, B., Insunza, F., & Barrientos, J. (2024). Afrontamiento del prejuicio de género en las personas trans y no binarias en Santiago de Chile: comparaciones clínicas y despliegues identitarios. *Revista Punto Género*, (21), 481–512. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2024.75190>
- Ayala-Carabajo, R. (2017). *Retorno a lo esencial: Fenomenología hermenéutica aplicada desde el enfoque de Max van Manen*. Caligrama.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (2004). *Métodos cualitativos en psicología: Una guía para la investigación*. Universidad de Guadalajara.
- Barbera, N., & Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>
- Barnett, M. L., Salem, H., Rosas, Y. G., Feinberg, E., Nunez-Pepen, R., Chu, A., ... & Broder-Fingert, S. (2023). Adapting community health worker care models to advance mental health services among LGBTQ youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(4), 658-672.
<https://doi.org/10.1007/s10488-023-01268-9>
- Barr, S. M., Snyder, K. E., Adelson, J. L., & Budge, S. L. (2022). Posttraumatic stress in the

- trans community: The roles of anti-transgender bias, non-affirmation, and internalized transphobia. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 9(4), 410. <https://doi.org/10.1037/sgd0000500>
- Barreto, M. (2020). Las identidades: un acercamiento a la identidad misional en la universidad/Identities: an approach to missionary identity in the university. *Revista de Educación*, (21.1), 185-203.
- Barrientos, J., Espinoza-Tapia, R., Meza, P., Saiz, J., Cárdenas, M., Guzmán-González, M., Gómez, F., Bahamondes, J. & Lovera, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia psicológica*, 37(3), 181-197. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300181>
- Barrientos, J., Saiz, J. L., Cárdenas-Castro, M., Guzmán-González, M., Avilés, B., Lovera, L., & Espinoza-Tapia, R. (2023). Research on Coping with Stress Due to Prejudice in Transgender People: Some Neglected Aspects and New Ideas. In *LGBTQ+ Affirmative Psychological Interventions: A Latine/x Perspective*. Cham: Springer International Publishing.
- Barker, M. (2012). *Rewriting the rules: An integrative guide to love, sex and relationships*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203097663>
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Psicología social* (10ª ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Bauer, G., Churchill, S., Ducharme, J., Feder, S., Gillis, L., Gotovac, S., ... & Temple, J. (2021). Trans Youth CAN! Gender Distress Scale (TYC-GDS). https://transyouthcan.ca/wp-content/uploads/2021/04/Gender-Distress-Scale-vSHARE_EN-2021.pdf
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, NY: Free Press.
- Becker, G., & Arnold, R. (1986). Stigma as a social and cultural construct. En S. C. Ainsley, G. Becker, & L. M. Coleman (Eds.), *The dilemma of difference: Perspectives in social psychology* (pp. 39–57). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7568-5_3
- Beltrán, L., Bocanumenth, M., Brunger, Y., Hagen, J. J., & Pritchard, E. (2024). *Recomendaciones a la JEP para abordar los daños contra las personas LGBTQ en Colombia*. Queen's University Belfast.
- Benveniste, A., & Miranda, A. (2015). Los usos controvertidos del concepto de género. *Revista*

- del Cisen Tramas/Maepova*, 3(1), 55-64.
<https://portalderevistas.unsa.edu.ar/index.php/cisen/article/view/4354>
- Bermejo, D. (2011). La identidad en sociedades plurales. *La identidad en sociedades plurales*, 1-366. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Bidell, M. (2016). Mind our professional gaps: Competent lesbian, gay, bisexual, and transgender mental health services. *Counselling Psychology Review*, 31(1), 67-76.
<https://doi.org/10.53841/bpscpr.2016.31.1.67>
- Billard, T. J. (2019). “Passing” and the politics of deception: Transgender bodies, cisgender aesthetics, and the policing of inconspicuous marginal identities. In *The Palgrave handbook of deceptive communication* (pp. 463-477). Cham: Springer International Publishing.
- Bindman, J., Ngo, A., Zamudio-Haas, S., & Sevelius, J. (2022). Health care experiences of patients with nonbinary gender identities. *Transgender health*, 7(5), 423-429.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0029>
- Bodenhofer, C. (2019). Estructuras de sexo-género binarias y cisonormadas tensionadas por identidades y cuerpos no binarios: Comunidades educativas en reflexión y transformación. *Revista Punto Género*, 12, 101-125. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2019.56250>
- Brabete, A., Greaves, L., Hemsing, N., & Stinson, J. (2020). Sex-and gender-based analysis in cannabis treatment outcomes: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 872.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17030872>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- British Psychological Society. (2006). *Code of ethics and conduct*. Author.
- Burchell, D., Coleman, T., Travers, R., Aversa, I., Schmid, E., Coulombe, S., ... & Davis, C. (2024). ‘I don’t want to have to teach every medical provider’: barriers to care among non-binary people in the Canadian healthcare system. *Culture, Health & Sexuality*, 26(1), 61-76. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2185685>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Ediciones Paidós Ibérica.

- Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan*. Paidós Argentina.
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Call, D., Challa, M., & Telingator, C. (2021). Providing affirmative care to transgender and gender diverse youth: disparities, interventions, and outcomes. *Current Psychiatry Reports*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01245-9>
- Cancio, I., & Soares, J. (2020). Criterios y estrategias de calidad y rigor en la investigación cualitativa. *Ciencia y enfermería*, 26. <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-22ceis20022>
- Castillo, D. (2013). *Problematización sociológica de las trayectorias identitarias de transexuales. Una mirada desde la relación cuerpo, identidad de género y sexualidad*. [Tesis de pregrado presentada para la obtención del grado académico de Licenciada en Sociología, Universidad de Valparaíso]. Repositorio Institucional Universidad de Valparaíso. <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvscl/6592>
- Ceballos, M., & Prieto, J. C. (2013). Planificación urbana para la diversidad sexual: Nuevas políticas en Bogotá. *Migraciones Forzadas Revista*, (42), 36.
- Chala, L., & Matoma, L. (2013). La construcción de la identidad en la adolescencia. [Tesis de licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional]. <http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/2535/TE-16019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chang, W., Oo, M., Rojas, A., & Damian, A. J. (2021). Patients' perspectives on the feasibility, acceptability, and impact of a community health worker program: a qualitative study. *Health Equity*, 5(1), 160-168. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0159>
- Chávez, S. J. (2025). Reflexiones sobre la autoestima y la discriminación en personas adultas de la comunidad LGBT. *Revista Multidisciplinaria Súmmum*, 1(2), 44-53. <https://granmel.ec/revista/index.php/summun/article/view/12/15>
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(4), 322-330. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01689-9>
- Christiansen, N. D., Kaplan, M. F., & Jones, C. (1999). Racism and the social judgment process: Individual differences in the use of stereotypes. *Social Behavior and*

- Personality: an international journal*, 27(2), 129-144.
<https://doi.org/10.2224/sbp.1999.27.2.129>
- Coker, T. R., Austin, S. B., & Schuster, M. A. (2010). The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Annual review of public health*, 31(1), 457-477.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103636>
- Colegio de Psicólogos de Chile A.G. (1999). *Código de Ética Profesional*.
<http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Coll-Planas, G., & Missé, M. (2018). Identificación de los factores de inserción laboral de las personas trans: Exploración del caso de la ciudad de Barcelona. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales*, 13(1), 45-68. <https://doi.org/10.14198/OBETS2018.13.1.02>
- Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) (2008). *Algunas precisiones y términos relevantes*. <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2015). *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*.
<https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/violencia-lgbti.html#understanding>
- Connell, R., & Pearse, R. (2018). *Género: desde una perspectiva global*. Universitat de València.
- Corrales, J., & Kiryk, J. (2022, August 15). Homophobic populism. In *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. Oxford University Press.
<https://oxfordre.com/politics/view/10.1093/acrefore/9780190228637.001.0001/acrefore-9780190228637-e-2080>
- Corrêa, S. (Ed.). (2022). *Políticas antigénero en América Latina en el contexto pandémico*. Observatorio de Sexualidad y Política.
<https://sxpolitics.org/spwprojects/gpal/uploads/E-book-Covid-ES.pdf>
- Correll, J., Judd, C. M., Park, B., & Wittenbrink, B. (2010). Measuring prejudice, stereotypes

- and discrimination. *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*, 45-62. <https://doi.org/10.4135/9781446200919.n3>
- Creswell, J. W. (2013, November 14). *Steps in conducting a scholarly mixed methods study*. University of Nebraska–Lincoln. <https://digitalcommons.unl.edu/dberspeakers/48/>
- Cronin, T. J., Pepping, C. A., & Lyons, A. (2023). Mental health service use and barriers to accessing services in a cohort of transgender, gender diverse, and non-binary adults in Australia. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00866-4>
- Day, M. (2017). La discriminación que enfrentan personas trans y no binarix en servicios de salud en Santiago, Chile. *Santiago, Chile: Organizando Trans Diversidades*. <https://dev.otdchile.org/wp-content/uploads/2018/06/MORGAN-DAY-Informe-final-redaccio%CC%81n-ok.-.pdf>
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2015). Aprender el oficio de investigar cualitativamente: formarse un self indagador. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 22-29. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33s1a03>
- Denzin, N. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134543>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162- 167. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s2007-50572013000300009&script=sci_arttext
- Dirección de Género, Diversidad y Equidad USACH (2021). El abordaje de la violencia y discriminación por motivos de género: ¿cómo acoger a una persona que las vive? Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile. Serie Materiales para la Igualdad de Género. <https://direcciondegenero.usach.cl/>
- Donoso, C., Nuñez, S., & Parra-Villaruel, J. (2019). Significado que otorgan las personas trans a sus experiencias en la atención en el sistema de salud chileno. *Revista Chilena De Salud Pública*, 22(2), p. 126–134. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.53235>
- El País. (2026, 5 de marzo). *El 8M en Chile, a tres días de la llegada de Kast al poder*. <https://elpais.com/chile/2026-03-05/el-8m-en-chile-a-tres-dias-de-la-llegada-de-kast-al-poder.html>

- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An overview. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, 36(4), 273–290.
<https://www.jstor.org/stable/23032294>
- Etchezahar, E., Ungaretti, J., y Rabbia, H. (2016). *¿Por qué nos cuesta tanto vivir juntos/as? Una mirada psico-política del prejuicio, los estereotipos y la discriminación*. Ciudad de Buenos Aires: CONICET. <http://hdl.handle.net/11336/200284>
- Estay, F., Valenzuela, A., & Cartes, R. (2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(4), 351-357. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>.
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- Fiske, S. (2018). Stereotype content: Warmth and competence endure. *Current directions in psychological science*, 27(2), 67-73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (No. 303.442).
- Forero, R., Nahidi, S., De Costa, J., Mohsin, M., Fitzgerald, G., Gibson, N., ... & Aboagye-Sarfo, P. (2018). Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. *BMC health services research*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2915-2>
- Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad. Vol. I. La voluntad de saber. *Madrid, Siglo XXI*.
- Foucault, M. (1980). *Herculine Barbin: Being the recently discovered memoirs of a nineteenth-century hermaphrodite*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres (II)*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Fundación Todo Mejora (2022). *Manual de Escuelas Inclusivas “Educando en la Diversidad”*. Santiago: Chile
<https://todomejora.org/media/pages/bibliodiversa/manual-escuelas-inclusivas-educando-en-la-diversidad/d5f06fb778-1647982447/bts-manual-de-escuelas-inclusivas-1.pdf>
- Fuster, D. E. (2019). Qualitative research: Hermeneutical phenomenological

- method. *Journal of Educational Psychology-Propósitos y Representaciones*, 7(1), 217-229. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gabaldón, S. (2020). *Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje*. [Tesis presentada para la obtención del grado académico de Doctor en Filosofía Contemporánea y Estudios Clásicos, Universitat de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/171095>
- Gacitúa-Casanova, C., & Pavez, A. (2024). Cuerpos desgener [iz] ados: rescatando las experiencias de personas intersex como usuarias del sistema de salud público Chileno. *Cultura de los Cuidados*, (68), 61-74. <https://doi.org/10.14198/cuid.26147>
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., & Pehl, E. (2021). "There Is Nothing to Do About It": Nonbinary Individuals' Experience of Gender Dysphoria. *Transgender Health*, 6(2), 101-110. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0041>
- García, C. (2013). Equidad e inclusividad en la educación superior en los países andinos. *Revista de la educación superior*, 42 (166), 137-144.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60428972007>
- García, J. (2016). *Narrando la identificación feminista: la transición del ser para otros al ser para sí mismas*. [Tesis presentada para obtener el grado de Maestra en Estudios Culturales, El Colegio de la Frontera Norte]. Repositorio Institucional de COLEF.
<http://colef.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1014/471>
- García, S. (2022). *Construcción identitaria de hombres trans chilenos y sus necesidades en torno a la atención en centros de salud*. [Tesis presentada para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
<https://doi.org/10.7764/tesisUC/PSI/64142>
- García-Granero, M. (2017). Deshacer el sexo. Más allá del binarismo varón-mujer. *Dilemata*, (25), 253-263.
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000146>

- Garrido, J. (2015). Diversidades en la transición: Homofobia y el movimiento LGBT en Chile, 1990-2000. *Historias que vienen: Revista de Estudiantes de Historia*, 6, 4-17.
- Garrido, J. & Barrientos, C. (2018). Identidades en transición: Prensa, activismo y disidencia sexual en Chile, 1990-2010. *Psicoperspectivas*, 17(1), 17-27.
<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1189>
- Gastelo-Flores, C., & Sahagún, M. (2020). Prejuicio, discriminación y homofobia hacia las personas LGBTTTI desde el ámbito de la salud mental. *Revista científica del Amazonas*, 3(5), 67-80. <https://doi.org/10.34069/RC/2020.5.06>
- Gil-Borrelli, C., Velasco, C., Martí-Pastor, M., & Latasa, P. (2018). La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 184-186.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.004>
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strutzel, E. (1968). The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. *Nursing research*, 17(4), 364.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY: Simon & Schuster. (Trabajo original publicado en 1963).
- González, J. (2010). La entrevista oral e historias de vida: Teoría, método y subjetividad. *Historial oral: fundamentos metodológicos para reconstruir el pasado desde la diversidad*. <https://idus.us.es/bitstreams/48eaaf7f-deb7-4287-969b-b9f300a4ee26/>
- González, S., & Bernalles, M. (2022). Chilean Trans Men: Healthcare Needs and Experiences at the Public Health System. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 5(3), e1-e14. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v5i3.93>
- Granados, J. (2002). Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo. *Nueva Antropología*, 18(61). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15906104>
- Grey, C., Sinno, J., Zhang, H., Daroya, E., Skakoon-Sparling, S., Klassen, B., ... & Grace, D. (2023). Queering Public Health: A Critical Examination of Healthcare Access and Gender Expression among Trans, Nonbinary, and Other Gender Nonconforming People during COVID-19. *Health & Social Care in the Community*, 2023(1), 6676318. <https://doi.org/10.1155/2023/6676318>

- Guardián, A. (2007). El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa. *San José, Costa Rica: CECC y AECI*. <https://ice.ua.es/ar/documentos/recursos/materiales/el-paradigma-cualitativo-en-la-investigacion-socio-educativa.pdf>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105. http://miguelangelmartinez.net/IMG/pdf/1994_Guba_Lincoln_Paradigms_Quali_Research_chapter.pdf
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Ectj*, 30(4), 233-252. <https://doi.org/10.1007/BF02765185>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M. D. O., & Prado, M. L. D. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Escola Anna Nery*, 23, e20190059. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0059>
- Guillamón Fernández, A. (2022). *Identidad de género: Una aproximación psicobiológica* (Vol. 1). Editorial Sanz y Torres
- Guzmán, C., & Tomicic, A. (2023). Psychotherapy and affirmative practices with trans and gender non-conforming (TGNC) patients in Chile. In *LGBTQ+ affirmative psychological interventions: A Latine/x perspective* (pp. 11-35). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-30644-0_2
- Guzmán-González, M., Barrientos, J., Saiz, J. L., Gómez, F., Cárdenas, M., Espinoza-Tapia, R., ... & Giami, A. (2020). Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1113-1120. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801113>
- Hellström, T. (2008). Transferability and naturalistic generalization: new generalizability concepts for social science or old wine in new bottles? *Quality & Quantity*, 42, 321-337. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9048-0>
- Heidegger, M. (2003). Mi camino en la fenomenología. *Tiempo y ser*, 1-7.
- Heidegger, M. (2015). *Basic Writings: Martin Heidegger*.
- Herek, G. M., Kimmel, D. C., Amaro, H., & Melton, G. B. (1991). Avoiding heterosexist bias in psychological research. *American psychologist*, 46(9), 957. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.46.9.957>

- Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18153296009>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. *México: McGrwall Hill Education*.
- Heumann, S., Portocarrero, A. V., Najlis, C. A., Blandón, M. T., Gómez, G., Larios, A., ... & Urbina, J. (2016). Dialogue: Transgendered bodies as subjects of feminism: A conversation and analysis about the inclusion of trans persons and politics in the Nicaraguan feminist movement. In *Bodies in Resistance: Gender and Sexual Politics in the Age of Neoliberalism* (pp. 163-187). London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/978-1-137-47780-4_8
- Holmes, S., & Adams, T. E. (2016). Autoethnography is a queer method. In *Queer methods and methodologies* (pp. 195-214). Routledge.
<https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/9781315603223-13/autoethnography-queer-method-stacy-holman-jones-tony-adams>
- Horwitz, A. G., Berona, J., Busby, D. R., Eisenberg, D., Zheng, K., Pistorello, J., ... & King, C. A. (2020). Variation in suicide risk among subgroups of sexual and gender minority college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(5), 1041-1053. <https://doi.org/10.1111/sltb.12637>
- Hostetter, C. R., Call, J., Gerke, D. R., Holloway, B. T., Walls, N. E., & Greenfield, J. C. (2022). “We are doing the absolute most that we can, and no one is listening”: Barriers and facilitators to health literacy within transgender and nonbinary communities. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1229. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031229>
- Huberman, M., & Miles, M. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. *Denman CA, Haro JA (comp.). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosillo: El Colegio de Sonora*, 253-300.
<https://tecnicasmasseroni.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/04/huberman-y-miles-metodos-para-el-manejo-y-analisis-de-datos.pdf>

- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología* (Colección Pensamiento Contemporáneo, 21). Universidad Autónoma de Barcelona. <http://ceiba.agro.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6024>
- Husserl, E. (2008). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental* (J. Muñoz & S. Mas, Trads.). Editorial Trotta. (Obra original publicada en 1936).
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2026, 5 de marzo). *Encuesta Web Diversidades: 85,4 % de las personas señaló haber sido discriminada y un 74,2 % manifestó haber sufrido violencia psicológica o verbal*. <http://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2026/03/05/encuesta-web-diversidades-85-4-de-las-personas-se%3%B1al%C3%B3-haber-sido-discriminadas-y-un-74-2-manifest%C3%B3-haber-sufrido-violencia-psicol%C3%B3gica-o-verbal>
- Izcara, S., & Andrade, K. (2003). *Guía para la elaboración de una investigación cualitativa*. Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Jacobsen, K., Davis, C. E., Burchell, D., Rutherford, L., Lachowsky, N., Bauer, G., & Scheim, A. (2023). Misgendering and the health and wellbeing of nonbinary people in Canada. *International Journal of Transgender Health, 25*(4), 816–830. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2278064>
- Jameel, B., Shaheen, S., & Majid, U. (2018). Introduction to qualitative research for novice investigators. *Undergraduate Research in Natural and Clinical Science and Technology Journal, 2*, 1-6. <https://doi.org/10.26685/urncst.57>
- Janesick, V. J. (2001). Intuition and creativity: A pas de deux for qualitative researchers. *Qualitative inquiry, 7*(5), 531-540. <https://doi.org/10.1177/107780040100700501>
- Javellana, A., Baker, K., Wang, G., Ashley, K., & Joy, A. (2025). Community Health Workers as Catalysts for Mental Health Promotion in Transgender and Nonbinary Communities. *American Journal of Public Health, 115*(1), 34-36. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2024.307898>
- Javier, C., Maxwell, C., Atkin, T., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2024). Barriers

- reported by nonbinary adults when accessing gender-affirming medical treatments: A systematic scoping literature review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000702>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Dolezal, C., Singh, A. A., & Bockting, W. O. (2024). Invalidation and mental health among nonbinary individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(3), 413–424. <https://doi.org/10.1037/sgd0000621>
- Johnson, K., & Martínez-Guzmán, A. (2019). The Social Psychology of Gender and Sexuality: Theory, Application, Transformation. In *The Sage Handbook of Applied Social Psychology* (pp. 102-123). Sage Publications Limited.
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM-population Health*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274-279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>
- Kunda, Z., & Oleson, K. C. (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 565. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.565>
- Lamas, M. (2007). El género es cultura. *Campus Euroamericano de Cooperação Cultural*, 1-12.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría “género”. *Nueva Antropología*, 8(30), 173–198. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>

- Lampert, M. (2017). Evolución del concepto de género: Identidad de género y la orientación sexual. *Departamento de Estudio, Extensión y Publicaciones*, 1-7.
<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUE>
- Leite, I. (2023). Sobre la relación entre sociedad, desviación social y Estado: notas para un abordaje interpelante. *Configurações. Revista Ciências Sociais*, (31), 105-124.
<https://doi.org/10.4000/configuracoes.17764>
- Lemert, E. M. (1967). *Human deviance, social problems, and social control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- León, E. A. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis. Revista Latinoamericana*, (22). <https://journals.openedition.org/polis/2690>
- Letelier, P., Ibáñez, S., Escobedo, E., Sierra, R., & Ruiz, S. (2024). Comportamientos suicidas en estudiantes de educación superior lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer, en cuestionamiento, asexuales, intersexuales y otras minorías de género/sexual (LGBTQAI+): una revisión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 62(3), 247-262.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272024000300247>
- Lewis, T. T., Cogburn, C. D., & Williams, D. R. (2015). Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annual review of clinical psychology*, 11(1), 407-440.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728>
- Ley N° 11625. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 4 de octubre de 1954.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=26729&idVersion=1954-10-04>
- Ley N°19628. Sobre la protección de la vida privada. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 28 de agosto de 1999.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
- Ley N° 21120. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 10 de diciembre de 2018. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1126480>
- Lippe, M. P., Eyer, J. C., Roberts, K. E., Ritter, E. R., DiMauro, P. K., McKinney Jr, R. E., ... & Rosa, W. E. (2023). Affirmative palliative care for transgender and gender nonconforming individuals. *AJN The American Journal of Nursing*, 123(4), 48-53.

- <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000925508.62666.99>
- Lippmann, W. (2003). *La opinión pública* (B. Guinea, Trad.). Madrid, España: Cuadernos de Langre. (Trabajo original publicado en 1922 como *Public Opinion*)
- López, M. (2000). Filosofía hermenéutica y género. *Asparkia. Investigació feminista*, (11), 105-117. <https://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/909>
- López, M. (2016). Tres perspectivas en torno a la desviación: Becker, Bourdieu y Elster. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11(21), 196-207. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211049494007>
- Link, B., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social science & medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Mackieson, P., Shlonsky, A., & Connolly, M. (2019). Increasing rigor and reducing bias in qualitative research: A document analysis of parliamentary debates using applied thematic analysis. *Qualitative Social Work*, 18(6), 965-980. <https://doi.org/10.1177/1473325018786996>
- Mantilla, I. & Pavón, Y. (2020). Rol de la familia en la construcción de la identidad de género en mujeres trans. *Revista Científica*, 5(Ed. Esp.), 26-47. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.1.26-47>
- Martínez, C. (2020). Diálogos entre Judith Butler y Nancy Fraser: capitalismo, heteronormatividad y nuevos movimientos sociales. *Theoría. Revista del Colegio de Filosofía*, (36), 35-57. <https://doi.org/10.22201/ffyl.16656415p.2019.36.1126>
- Martínez, I., & Bonilla, A. (1999). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València.
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C., & Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+: una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental*. Santiago, Chile: Universidad Diego Portales, Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia.
- Martínez, C., Tomicic, A., & del Pino, S. (2019). Disparidades y barreras de acceso a la salud mental en personas LGBTI+: el derecho a una atención culturalmente competente. *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*, 397-446.
- Matsuno, E., & Budge, S. L. (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports*, 9, 116-120. <https://doi.org/10.1007/s11930->

[017-0111-8](#)

- McGeough, B. L., Paceley, M. S., Greenwood, E., Diaz, A. L., Riquino, M. R., Gleason, T., ... & LaFountain, O. (2023). Transgender and Gender Diverse Youth's Perspectives of Affirming Healthcare: Findings From a Community-Based Study in Kansas. *SAGE Open*, 13(2), 21582440231184843. <https://doi.org/10.1177/2158244023118484>
- McKinney, R., Desposito, M., & Yoon, E. (2020). Promoting identity wellness in LGBTGEQIAP+ adolescents through affirmative therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(3), 176-190. <https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1790464>
- Medina, S. (2022). El género no binario como manera deconstruida de interpretar el mundo. *Revista Disertaciones*, 11(2), 67-85. <https://doi.org/10.33975/disuc.vol11n2.86>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Mezquida, A. (2023). Acompañamiento e Intervención desde La Psicología Afirmativa, en un Caso de Transfobia. *Informació psicològica*, (125-126), 84-99. <https://doi.org/10.14635/ipsic.1972>
- Miano, M. (2011). Femminielli. Los travestis napolitanos en el ámbito de lo simbólico sagrado. *Estudios De Antropología Biológica*, 13(2). <https://doi.org/10.22201/iaa.14055066p.2007.26445>
- Millet, C. (2023). *Construcción de la identidad. Sobre los estereotipos, la opresión y los límites del género y el sexo*. [Trabajo de Fin de Carrera para optar al Grado en Bellas Artes, Universitat Politècnica de València]. RiuNet, Repositorio Institucional de la Universitat Politècnica de València. <http://hdl.handle.net/10251/197612>
- Ministerio de Salud (2021). *Recomendaciones para la implementación de los programas de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/RECOMENDACIONES-PARA-LA-IMPLEMENTACION-DEL-PROGRAMA-DE-ACOMPANAMIENTO-PARA-NINOS-NINAS-Y-ADOLESCENTES-TRANS-Y-GENERO-NO-CONFORME.pdf>

- Ministerio de Salud (2024). *Política Nacional de Salud Trans para personas Trans y de Género Diverso* (Documento en consulta pública). <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Politica-Nacional-de-Salud-de-Personas-Trans-y-Genero-Diverso-CONSULTA-PUBLICA.pdf>
- Miric, M., Álvaro, J. L., González, R., & Torres, A. R. R. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e saber social*, 6(2), 172-185. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>
- MOVILH. (2017). *XV Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile*. <http://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2017/03/XV-Informe-de-DDHH-2016-MOVILH.pdf>
- MOVILH. (2025). *XXIII Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile*. <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2025/03/XXIII.-Informe-Anual-de-DDHH-Diversidad-Sexual-y-de-Genero-2024-Movilh.pdf>
- Morse, J. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative health research*, 25(9), 1212-1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., ... & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: beyond women's health. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003816>
- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119-125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Mott, L. (2010). Del malo pecado al pecado intrínsecamente malo: la radicalización fundamentalista de la homofobia católica desde los tiempos de la Inquisición hasta Benedicto XVI. *Historia*, 29(1), 4-23. <https://doi.org/10.1590/S0101-90742010000100002>
- Moyano, J. E., Fontanella, N. F., & Avalo, N. A. (2021). Crímenes de odio contra el Colectivo LGBTIQ+: travesticidio-transfemicidio.
- Muñoz, J. A., González, C. C., Villarroel, E. I., Ceballos, I. M., Salas, Á. V., Araneda, P.

- V., ... & González-Burboa, A. (2024). Percepción de la atención en salud de personas de la comunidad LGBT+ del Gran Concepción, Chile. *Horizonte de Enfermería*, 35(1), 33-44. http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.1.33-44
- Mussi, S. V., & Malerbi, F. E. K. (2020). Revisão de estudos que empregaram intervenções afirmativas para LGBTQI+ sob uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 22. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v22i1.1438>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_arttext
- Ortí, A. (1998). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 189–221). Editorial Síntesis.
- OTD Chile. (2024, 1 febrero). *Las exclusiones y errores conceptuales que trae el Censo 2024*. OTD Chile. <https://otdchile.org/las-exclusiones-y-errores-conceptuales-que-trae-el-censo-2024/>
- Pachankis, J. E., Clark, K. A., Jackson, S. D., Pereira, K., & Levine, D. (2021). Current capacity and future implementation of mental health services in US LGBTQ community centers. *Psychiatric services*, 72(6), 669-676. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000575>
- Pager, D., & Shepherd, H. (2008). The sociology of discrimination: Racial discrimination in employment, housing, credit, and consumer markets. *Annu. Rev. Sociol.*, 34(1), 181-209. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131740>
- Parker, I. (2004). Criteria for qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(2), 95-106. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp010oa>
- Parra, M., & Serafini, E. (2021). “Bienvenidxs todes”: el lenguaje inclusivo desde una perspectiva crítica para las clases de español. *Journal of Spanish Language Teaching*, 8(2), 143-160. <https://doi.org/10.1080/23247797.2021.2012739>
- Pérez, J. V., Cabrera, I. I., Méndez, Á. J., Olaya, M., & Navajas, N. (2024). Estereotipos y prejuicios: Aspectos básicos e investigaciones. Aula Magna Proyecto clave McGraw

Hill.

- Pérez-Calvo, C., Ruiz-Duet, A. M., Rodríguez Riesco, L., Mateos Herrera, A., & Vivas Herrera, S. (2022). Factores de riesgo para el suicidio en población trans: Una revisión bibliográfica. *Revista de Estudios Socioeducativos*, 10, 1–15.
https://doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2022.i10.17
- Pettigrew, T. F. (1982). *Prejudice*. Harvard University Press.
- Picado, E.M., Nieto, A.B., Guzmán, A. & Jáñez, A. (2019). Detección de la discriminación hacia los pobres, “aporofobia”. *Miscelánea comillas*, 77(151), 417-430.
<https://doi.org/10.14422/mis.v77.i151.y2019.007>
- Plumwood, V. (1993). *Feminism and the Mastery of Nature*. Londres: Routledge.
- Polit, D., & Tatano, C. (2018). Muestreo y recolección de datos en estudios cuantitativos. *Polit D, Tatano, C. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería. 9ª ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer*, 161-182.
- Preciado, P. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla: Informe para una academia de psicoanalistas*. Anagrama.
- 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*. <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>
- Prion, S., & Adamson, K. A. (2014). Making sense of methods and measurement: Rigor in qualitative research. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(2), e107–e108.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.10.004>
- Quinteros, I. (2020). *La intervención social con la población LGTB en Chile. Una controversia política*. [Monografía para optar al Título de Trabajador Social]. Universidad de Chile.
- Radusky, P. D., Cardozo, N., Duarte, M., Fabian, S., Frontini, E., Sued, O., & Aristegui, I. (2021). Mental health, substance use, experiences of violence, and access to health care among transgender and non-binary people during the COVID-19 lockdown in

- Argentina. *International journal of transgender health*, 24(3), 320-333.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1943593>
- Ramos, C., Fernández, M., & Monsalvo, E. (2018). Modelización de la diversidad sexual: una visión desde los modelos de cuidado. *Ene*, 12(2).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200009&lng=es&nrm=iso
- Reyes, A. A., & Baeza, M. A. (2013). Violencia simbólica en el Chile contemporáneo: Estrategias de respuesta en relaciones de alteridad. *Revista Internacional de Sociología*, 71(3), 543–565. <https://doi.org/10.3989/ris.2012.05.03>
- Richards, Z., & Hewstone, M. (2001). Subtyping and subgrouping: Processes for the prevention and promotion of stereotype change. *Personality and Social Psychology Review*, 5(1), 52-73. <https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0501>
- Rimes, K. A., Goodship, N., Ussher, G., Baker, D., & West, E. (2020). Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. In J. Motmans, T. Nieder, & W. Bouman (Eds.), *Non-binary and genderqueer genders* (pp. 112–122). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003015888>
- Ritholtz, S., & Mesquita, M. (2023). The transnational force of anti-LGBT+ politics in Latin America. In L. A. Payne, J. Zulver, & S. Escoffier (Eds.), *The right against rights in Latin America* (pp. 98–111). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&nrm=iso
- Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of marital and family therapy*, 36(2), 171-184.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00172.x>
- Roselló-Peñaloza, M., Julio, L., Álvarez-Aguado, I., & Farhang, M. (2024). Abuse in Chilean

- Trans and Non-Binary Health Care: Results from a Nationwide Survey. *Social Sciences*, 13(4), 228. <https://doi.org/10.3390/socsci13040228>
- Rozas, A., Valderrama M., & Suárez, C. (2020). Mujeres y cuidado: disputas y negociaciones en el espacio académico. *Cadernos de Pesquisa*, 50, 981-999. <https://doi.org/10.1590/198053147001>
- Rubio, V., Villagra, V., & Wilson, F. (2022). Exclusión de disidencias y diversidades sexo genéricas en el sistema de salud chileno. *Asparkia: Investigación feminista*, (41), 273-294. <http://dx.doi.org/10.6035/asparkia.6160>
- Ruud, M. N., Demma, J. M., Woll, A., Miller, J. M., Hoffman, S., & Avery, M. D. (2021). Health history skills for interprofessional learners in transgender and nonbinary populations. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(6), 778-786. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13278>
- Ruiz, C. (2017). Estrategias para educar en y para la igualdad: coeducar en los centros. *ATLÁNTICAS–Revista Internacional de Estudios Feministas*, 2(1), 166-191. <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2017.2.1.2063>
- Ruiz, A., Evangelista, A., & Xolocotzi, Á. (2018). How to call what has many names? Bullying, gender violence, homophobia or discrimination against LGBTI people?. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 4. <https://doi.org/10.24201/eg.v4i0.210>.
- Ruiz, R., Rodríguez, A., Alarcón, V., Flores, Y. E., & Ortega, A. (2024) *Géneros no Binarios: Algo más que una Sociedad de 0's y 1's*. [Tesis presentada para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma Metropolitana. <http://repositorio.filo.uba.ar:8080/xmlui/handle/filodigital/18129>
- Saldivia, C., Faúndez, B., Sotomayor, S., & Cea, F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. *Última década*, 25(46), 184-212. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362017000100184>
- San Martín, J. (1986). *La estructura del método fenomenológico*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

https://www.academia.edu/download/117485234/LA_ESTRUCTURA_DEL_METODO_FENOMENOLOGICO_SanMartin.pdf

- Sánchez, R. (2020). *Identidades trans: formas de subversión de la heteronormatividad, ciudad de Barranquilla*. [Trabajo de grado para optar al título de Magister en Estudios de Género y Violencia Intrafamiliar]. Universidad del Atlántico. Repositorio Uniatlántico <https://repositorio.uniatlantico.edu.co/handle/20.500.12834/1405>
- Scheim, A. I., Baker, K. E., Restar, A. J., & Sell, R. L. (2022). Health and health care among transgender adults in the United States. *Annual review of public health*, 43(1), 503-523. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-100313>
- Serón, T., & Catalán, M. (2021). Identidad de género y salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 234-247. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300234>
- Serrato, A., & Balbuena, R. (2015). Calladito y en la oscuridad. Heteronormatividad y clóset, los recursos de la biopolítica. *Culturales*, 3(2), 151-180. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912015000200005&lng=es&nrm=iso
- Sevilla-González, M. (2007). El discurso homofóbico como expresión de la discriminación sexual. *Homofobia y Salud*, 63-76.
- Shelton, M. (2011). *Gay men and substance abuse: A basic guide for addicts and those who care for them*. Hazelden Publishing & Educational Services.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, 277-345.
- Silberberg, C. (2022). Etiquetamiento, construcción social, poder y desviación. *Revista Pensamiento Penal*, (445).
- Spry, T. (2011). The accusing body. *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 11(4), 410-414. <https://doi.org/10.1177/1532708611414675>
- Stewart, S. L., Van Dyke, J. N., & Poss, J. W. (2023). Examining the mental health presentations of treatment-seeking transgender and gender nonconforming (TGNC) youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(3), 826-836.

<https://doi.org/10.1007/s10578-021-01289-1>

Strasser, G. (2019). La despatologización de la transexualidad: ser minoría no es enfermedad. Hacia una ética de denuncia de la etiología social del sufrimiento. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 17(43).

<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=13105b8e-91a2-376a-96b4-768dbd9d2fac>.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Suárez, J., Ramírez, A. D., Ojeda, O. B., Flores, L. P., Santana, R., González, S., & Estrada, K. M. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Subsecretaría de Prevención del Delito. (2021). *Estudio exploratorio de discriminación y violencia hacia personas LGBTIQ+*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

<https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2021/04/movilh-encuesta-subsecretaria-delitos.pdf>

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *Métodos cuantitativos aplicados*, 2, 194-216.

https://metodos.files.wordpress.com/2011/03/taylor_4_entrevistaprofundidad.pdf

The Guardian. (2026, 10 de marzo). *Fears for women's rights in Chile under anti-abortion president José Antonio Kast*.

<https://www.theguardian.com/global-development/2026/mar/10/fears-womens-rights-chile-anti-abortion-president-jose-antonio-kast>

Tomicic, A., Guzmán, C. M., & Aqueveque, F. C. (2024). Investigación en Psicoterapia LGBT+ en Iberoamérica: Avances y Desafíos. *Revista de psicoterapia*, 35(127), 65-74.

<https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39976>

Tomicic, A., Immel, N., & Martínez, C. (2019). "Tan Cerca pero Tan Lejos": Experiencias de Ayuda Psicológica y Psicoterapéutica durante Procesos de Suicidio de Jóvenes LGBT. *CIAIQ2019*, 2, 49-59.

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2003>

Toro-Alfonso, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia psicológica*, 30(2), 71-76. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718->

[48082012000200007](https://doi.org/10.1007/s10461-020-02984-1).

Torres, T. S., Hoagland, B., Bezerra, D. R., Garner, A., Jalil, E. M., Coelho, L. E., ... & Veloso, V. G. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on sexual minority populations in Brazil: an analysis of social/racial disparities in maintaining social distancing and a description of sexual behavior. *AIDS and Behavior*, 25, 73-84. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02984-1>

United Nations Free & Equal- UNFE (2018). *Proyecto Libres e Iguales de Naciones Unidas* <https://www.unfe.org/know-the-facts/definitions>

Universidad de Concepción. (2024). *Decreto U. de C. N° 2024-085: Reglamento del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo*. <https://vrid.udec.cl/quienes-somos/comite-de-etica/>

Universidad de Concepción, Departamento de Psicología, Comité de Ética y Bioética en Investigación Científica. (s. f.). *Procedimiento de la Universidad de Concepción para la aprobación de proyectos de investigación científica con/en seres humanos y animales*. <https://psicologiaudec.cl/comite-de-etica/>

Valenzuela-Valenzuela, A., & Cartes-Velásquez, R. (2021). Protocolo de atención a usuarios/as/es trans del Servicio de Salud Talcahuano: características y relevancia. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 144-158. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10383>

Van Manen, M. (2017). Phenomenology in its original sense. *Qualitative health research*, 27(6), 810-825. <https://doi.org/10.1177/10497323176993>

Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Routledge. <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9781315421056&type=googlepdf>

Vásquez, J. (2020). El género en perspectiva. 30 años de El Género en Disputa de Judith Butler. *Revista Estudios*, (40). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/estudios/article/view/42018/42333>

Vidal-Rojas, J., Martínez Guzmán, C., & Tomicic, A. (2025). La Experiencia del Vínculo

- Terapéutico de Pacientes LGBT y Terapeutas en Psicoterapia. *Psykhē*, 32(1).
<https://doi.org/10.7764/psykhe.2023.68577>
- Ward, V. (2024). *Adultxs cis e hijxs trans. Etnografía sobre experiencias y estrategias de cuidado*. [Tesis presentada para la obtención de la Maestría en Antropología Social, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio de la Facultad de Ciencias y Letras Universidad de Buenos Aires.
<http://repositorio.filo.uba.ar:8080/xmlui/handle/filodigital/18129>
- Williams, S., & Mann, A. (2017). Sexual and gender minority health disparities as a social issue: How stigma and intergroup relations can explain and reduce health disparities. *Journal of Social Issues*, 73(3), 450-461. <https://doi.org/10.1111/josi.12225>
- Wittig, M. (1981). One is not Born a Woman. *Feminist Issues*, 1(2), 47-54. Boston: Beacon Press.
- World Medical Association. (2025). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*, 333(1), 71-74.
<https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
- Zamora, E. (2020). *Programa de mejora de la calidad de vida autopercebida en personas bisexuales* [Tesis de maestría, Universidad de Alcalá].
<https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/43626>
- Zanfrini, L. (2007). *La convivencia interétnica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zapata, A., Díaz Díaz, K., Barra Ahumada, L., Maureira Sales, L., Linares Moreno, J., & Zapata, F. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 65-72.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100065>
- Zito, E., Sisci, N., & Valerio, P. (2021). "Y yo vi a uno en Nápoles". Los femminielli, exploración histórica y mitográfica: apuntes para una reflexión sobre la identidad de género. In *Femminielli. Cuerpo, género, cultura* (pp. 35-59). Editorial CENEX.
<https://hdl.handle.net/11588/893593>
- Zito, E., & Valerio, P. (2019). Femminielli en Nápoles, Italia: ayer, hoy y mañana. *Revista Sexología y Sociedad*, 25(1), 88-103. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/209933>

Anexos

Anexo 1: Pautas de Entrevistas para Profesionales y Personas Usuaris de Salud

Tabla 1

Pauta de Entrevista para personas Usuaris de Atención Primaria de Salud

Objetivos	Guión Temático	Preguntas
------------------	-----------------------	------------------

Objetivo 0: Conocer los datos principales y acerca de la experiencia en salud de profesionales de atención sanitaria	Datos principales de la persona entrevistada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para empezar, me gustaría conocerte un poco más: ¿qué te gustaría compartir sobre ti y sobre cómo vives tu identidad o tus experiencias cotidianas? (nombre, edad, pronombres que usas, género con el que te identificas).
	Vinculación con el sistema de salud pública.	<ol style="list-style-type: none"> 2. ¿Cómo ha sido tu experiencia de atención en el sistema público de salud? (Valoración, años de atención en el/los dispositivos) 3. ¿En qué lugares o centros de salud te has atendido? 4. Cuéntame ¿Cómo ha sido tu relación con esos espacios o equipos?
Objetivo 1: Reconocer cuáles son las experiencias afirmativas y estigmatizantes de las personas no binarias y trans no binarias en su atención de salud primaria.	Experiencias afirmativas en la atención de salud primaria.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Cuando piensas en las veces que has recibido atención de salud, ¿qué momentos se te vienen a la mente y por qué? 6. ¿Hay alguna situación que recuerdes más positiva o neutral? 7. ¿Qué fue lo que hizo

que esta experiencia significativa para ti?

Experiencias estigmatizantes en la atención de salud primaria.

8. ¿Hay alguna situación que recuerdes más negativa?

9. Si es así, ¿Qué fue lo que hizo que esta experiencia fuera significativa para ti?

Impacto emocional y psicológico de estas experiencias.

10. ¿De qué manera crees que las experiencias que has tenido en salud pública (positivas o negativas) han influido en tu bienestar emocional y psicológico?

Sugerencias para mejorar la atención.

11. ¿De qué manera crees que estas experiencias (positivas o negativas) han tenido influencia en tu atención de salud?

12. ¿Qué crees que podría hacerse para que las personas NB o TNB reciban una atención más inclusiva y respetuosa en los CESFAM?

Tabla 2*Pauta de Entrevista para Profesionales de Atención Primaria en Salud*

Objetivos	Guión Temático	Preguntas
Objetivo 0: Conocer los datos principales y acerca de la experiencia en salud de profesionales de atención sanitaria	Datos principales de la persona entrevistada	1. ¿Para comenzar, cuéntame sobre ti y tu trayectoria profesional? (nombre, edad, pronombres que prefieres que usemos en esta conversación).
	Experiencia profesional y en salud pública.	2. ¿Cómo describirías tu rol y funciones dentro de tu centro de salud? (Profesión, designación de funciones). 3. ¿Cómo ha sido tu recorrido en el ámbito de la salud hasta ahora? (Años de trabajo). 4. ¿Qué experiencias has tenido trabajando específicamente en el sistema de salud pública?
Objetivo 2: Conocer las representaciones/percepciones y actitudes que posee el personal sanitario en torno a sus personas usuarias no binarias y trans no binarias.	Experiencia de trabajo con población LGBTQIANB+	5. Pensando en tu quehacer profesional, ¿qué experiencias has tenido con personas con identidades de género diversas o con personas de la comunidad LGBT+?

	6. ¿Cómo describirías esas experiencias? ¿Qué aprendizajes o desafíos recuerdas de esas experiencias?
Entendimiento de la identidad no binaria y trans no binaria	7. ¿Cómo describirías la diversidad de género en la población que atienden aquí? 8. En tu experiencia, ¿cómo describirías los cambios que has observado en las personas que solicitan atención en los últimos años?
Actitudes hacia personas no binarias y trans no binarias.	9. ¿Cómo te sientes al atender a personas que tienen identidades de género diversas? 10. ¿Podrías compartir alguna experiencia que recuerdes?
Percepción sobre desafíos y necesidades de las personas usuarias no binarias.	11. En tu práctica ¿cómo describirías los factores que pueden facilitar o dificultar el acceso y la atención de las personas en el sistema de salud pública? 12. Desde tu experiencia, ¿cómo describirías los principales desafíos y también los factores que

	facilitan una atención inclusiva y respetuosa en el sistema de salud pública?
Impacto de las creencias y valores personales en la atención.	<p>13. ¿Qué factores crees que influyen en la relación entre el personal de salud y las personas usuarias que no se identifican dentro del binarismo de género?</p> <p>14. ¿Qué aspectos sientes que son más desafiantes en estos casos?</p>

Anexo 2: Consentimiento Informado para personas entrevistadas

Anexo 2.1: Consentimiento Informado para Profesionales



Universidad de Concepción

Departamento de Psicología

Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias y trans no-binarias en Chile

Investigador responsable: Ps. Jaime Méndez Contreras

Código: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

PRESENTACIÓN.

Le invitamos a participar de manera libre y voluntaria, en el estudio que se enmarca en el Proyecto de Tesis titulado **"Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias (NB) y trans no-binarias (TNB) en Chile"**. Este estudio es parte de la investigación dirigida por Jaime Alejandro Méndez Contreras, de profesión Psicólogo, perteneciente al programa de Magíster en Psicología, Mención Psicología de la Salud de la Universidad de Concepción, siendo su Profesora Guía la Psicóloga Dra. Pamela Vaccari Jiménez, académica adscrita al Departamento de Psicología, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Concepción.

A continuación, le presentamos información relevante sobre esta investigación. Le pedimos que la lea detenidamente y, en caso de dudas, consulte a la persona responsable por esta investigación.

OBJETIVO DEL DE ESTUDIO.

La investigación busca comprender en profundidad las experiencias de la población no binaria (NB) y trans no-binaria (TNB) en su interacción con el sistema de salud público en Chile, explorando prácticas afirmativas, culturalmente competentes, y percepciones de inclusión, respeto, estigmatización y discriminación.

Para esto se realizará una entrevista a profesionales de atención primaria del sistema de salud chileno a nivel primario, que será aplicada solo una vez, con una duración aproximada de 45-50 minutos.

Con esta investigación, que deberá ser concluida en marzo de 2026, se espera generar conocimiento que oriente la formulación de políticas públicas inclusivas, promoviendo un trato digno y respetuoso en los establecimientos que entregan atención en salud, y en línea con el respeto a los derechos humanos y la diversidad identitaria.

BENEFICIOS.

Su participación contribuirá a fortalecer la validez y pertinencia de la entrevista, promoviendo la generación de conocimiento científico nacional sobre las experiencias de personas NB y TNB en el sistema de salud, desde una perspectiva inclusiva y respetuosa de la diversidad.

RIESGOS.

Para este estudio no se han identificado riesgos físicos ni psicológicos. No obstante, si durante la entrevista surgiera alguna inquietud o molestia, usted podrá interrumpir su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin consecuencia alguna.

Si expresa alguna inquietud, la persona responsable de la investigación actuará conforme al protocolo de acogida y derivación, estableciendo las acciones

y derivaciones necesarias.

En caso de malestar emocional durante o después de la entrevista se le ofrecerá:

- a) Contención psicológica inicial basada en primeros auxilios psicológicos;
- b) Derivación a la Oficina de Diversidad y No Discriminación de la Municipalidad de Concepción (ODND) para atención psicológica gratuita;
- c) Derivación a dispositivos de salud afirmativa de bajo costo.

Para más información sobre la ODND, contacte a: oficinadiversidad@concepcion.cl

CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES.

Las conversaciones y reflexiones, así como los materiales escritos durante las entrevistas, serán grabados, transcritos y almacenados en una carpeta etiquetada especialmente para esta investigación, y que estará alojada en un computador, con clave de acceso y de uso exclusivo de la persona investigadora responsable.

Todos los datos recogidos serán tratados y almacenados bajo código alfanumérico, lo cual sustituirá su nombre o cualquier identificación relacionada a su identidad. Este proceso será ejecutado a fin de garantizar la anonimización necesaria para resguardar la confidencialidad de los datos.

La custodia de toda la información y datos recogidos estará a cargo de Jaime Alejandro Méndez Contreras, si bien los datos procesados podrán ser revisados por la Profesora Guía, Dra. Pamela Vaccari Jiménez.

Toda la información recabada será estrictamente confidencial y se utilizará exclusivamente para los fines de este estudio.

PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No existen costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación. Tiene el derecho de no aceptar ser parte, y/o a retirar su consentimiento y abandonar el estudio en el momento que lo estime conveniente sin ningún tipo de consecuencia negativa, ni afectación en sus derechos. Si retira el consentimiento, los datos serán eliminados de forma inmediata y definitiva y la información obtenida no será utilizada en las posibles modificaciones de la pauta de entrevista.

RESULTADOS.

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario y su difusión será en el contexto de contribuciones científicas donde cualquier dato mantendrá en absoluta reserva la identificación de quienes participen, asegurando la confidencialidad.

Usted tiene derecho en todo el desarrollo de la investigación, a recibir información del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto directo será con la persona investigadora responsable.

Toda la investigación estará guiada por los lineamientos del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile y por la Asociación Médica Mundial, observando los principios de la Declaración de Helsinki, que puede revisar en detalle en el Anexo "*Principios éticos que orientan la investigación*".

PREGUNTAS.

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con la persona responsable por la investigación, Ps. Jaime Méndez Contreras, candidato al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología de la Salud, al teléfono +569XXXXXXXX, de 8:30 horas hasta las 17:30 horas, de lunes a viernes, o al correo electrónico jaimemalemendez@udec.cl.

Asimismo, si tiene preguntas acerca de la aprobación de este estudio, patrocinado por la Universidad de Concepción, podrá contactar al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, presidido por la Psicóloga Dra. Sandra Saldivia Bórquez, a través del correo electrónico cebb@udec.cl.

Finalmente, si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en esta investigación, podrá contactar al Comité de Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, presidido por su presidente Felipe León Muñoz al (41) 3270867 o al correo electrónico cec@ssconcepcion.cl

Si acepta participar del estudio **"Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias (NB) y trans no-binarias (TNB) en Chile"**, le pedimos por favor consignar en el Acta de Consentimiento a continuación.

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Declaro que acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio **"Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias (NB) y trans no-binarias (TNB) en Chile"**.

Expreso además que se me entregó la siguiente información y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- a) No existen riesgos para mí en este estudio.
- b) No hay costos ni incentivos económicos para mí por el hecho de participar en las entrevistas acordadas en esta investigación.
- c) Me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin obligación de dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- d) La información que entregaré será confidencial y estará resguardada por la persona investigadora responsable.
- e) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- f) Puedo hacer las preguntas necesarias y recibir información acerca de mi participación en este estudio y del desarrollo de este en todas sus etapas.
- g) Autorizo la grabación de audio de la entrevista, entendiéndolo que será utilizada solo para fines de transcripción y análisis metodológico del pilotaje, y será destruida una vez finalizada esta fase.

Este documento se firma en dos ejemplares, siendo una copia para usted y otra

para la persona investigadora responsable.

Fecha: _____ / _____ / _____

Participante

Investigador Responsable
Jaime Méndez Contreras

Director/a del Centro de Atención Primaria de Salud
o su delegado/ Ministro de Fe

Anexo 2.2: Consentimiento Informado para Personas Usuarias



Universidad de Concepción

Departamento de Psicología

Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias y trans no-binarias en Chile

Investigador responsable: Ps. Jaime Méndez Contreras

Código: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTAS
A PERSONAS USUARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

PRESENTACIÓN.

Le invitamos a participar de manera libre y voluntaria, en el estudio que se enmarca en el Proyecto de Tesis titulado "**Experiencias de atención en salud**

primaria de personas no binarias (NB) y trans no-binarias (TNB) en Chile". Este estudio es parte de la investigación dirigida por Jaime Alejandro Méndez Contreras, de profesión Psicólogo, perteneciente al programa de Magíster en Psicología, Mención Psicología de la Salud de la Universidad de Concepción, siendo su Profesora Guía la Psicóloga Dra. Pamela Vaccari Jiménez, académica adscrita al Departamento de Psicología, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Concepción.

A continuación, le presentamos información relevante sobre esta investigación. Le pedimos que la lea detenidamente y, en caso de dudas, consulte a la persona responsable por esta investigación.

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

La investigación busca comprender en profundidad las experiencias de la población no binaria (NB) y trans no-binaria (TNB) en su interacción con el sistema de salud público en Chile, explorando prácticas afirmativas, culturalmente competentes, y percepciones de inclusión, respeto, estigmatización y discriminación.

Para esto se realizará una entrevista a personas usuarias del sistema de salud chileno a nivel primario, que será aplicada solo una vez, con una duración aproximada de 45-50 minutos.

Con esta investigación, que deberá ser concluida en marzo de 2026, se espera generar conocimiento que oriente la formulación de políticas públicas inclusivas, promoviendo un trato digno y respetuoso en los establecimientos que entregan atención en salud, y en línea con el respeto a los derechos humanos y la diversidad identitaria.

BENEFICIOS.

Su participación permitirá profundizar en la generación de conocimiento científico nacional sobre la experiencia de personas NB y TNB en las ciencias de la salud y sociales, desde una perspectiva inclusiva y respetuosa de la diversidad por parte de quienes proveen o desempeñan funciones en los diversos niveles del sistema de salud público chileno.

RIESGOS.

Para este estudio no se han identificado riesgos físicos ni psicológicos. No obstante, si durante la entrevista surgiera alguna inquietud o molestia, usted podrá interrumpir su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin consecuencia alguna.

Si expresa alguna inquietud, la persona responsable de la investigación actuará conforme al protocolo de acogida y derivación, estableciendo las acciones y derivaciones necesarias.

En caso de malestar emocional durante o después de la entrevista, se le ofrecerá:

- a) Contención psicológica inicial basada en primeros auxilios psicológicos;
- b) Derivación a la Oficina de Diversidad y No Discriminación de la Municipalidad de Concepción (ODND) para atención psicológica gratuita;

c) Derivación a dispositivos de salud afirmativa de bajo costo.
Para más información sobre la ODND, contacte
a: oficinadiversidad@concepcion.cl

CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES.

Las conversaciones y reflexiones, así como los materiales escritos durante las entrevistas, serán grabados, transcritos y almacenados en una carpeta etiquetada especialmente para esta investigación, y que estará alojada en un computador, con clave de acceso y de uso exclusivo de la persona investigadora responsable.

Todos los datos recogidos serán tratados y almacenados bajo código alfanumérico, lo cual sustituirá su nombre o cualquier identificación relacionada a su identidad. Este proceso será ejecutado a fin de garantizar la anonimización necesaria para resguardar la confidencialidad de los datos.

La custodia de toda la información y datos recogidos estará a cargo de Jaime Alejandro Méndez Contreras, si bien los datos procesados podrán ser revisados por la Profesora Guía, Dra. Pamela Vaccari Jiménez.

Toda la información recabada será estrictamente confidencial y se utilizará exclusivamente para los fines de este estudio.

PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No existen costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación. Tiene el derecho de no aceptar ser parte, y/o a retirar su consentimiento y abandonar el estudio en el momento que lo estime conveniente sin ningún tipo de consecuencia negativa, ni afectación en sus derechos. Si retira el consentimiento, los datos serán eliminados de forma inmediata y definitiva y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario y su difusión será en el contexto de contribuciones científicas donde cualquier dato mantendrá en absoluta reserva la identificación de quienes participen, asegurando la confidencialidad.

Usted tiene derecho en todo el desarrollo de la investigación, a recibir información del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto directo será con la persona investigadora responsable.

Toda la investigación estará guiada por los lineamientos del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile y por la Asociación Médica Mundial, observando los principios de la Declaración de Helsinki, que puede revisar en detalle en el Anexo "*Principios éticos que orientan la investigación*".

PREGUNTAS.

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con la persona responsable por la investigación, Ps. Jaime Méndez Contreras, candidato al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología de la Salud, al teléfono +569XXXXXXXX, de 8:30

horas hasta las 17:30 horas, de lunes a viernes, o al correo electrónico jamealemendez@udec.cl.

Asimismo, si tiene preguntas acerca de la aprobación de este estudio, patrocinado por la Universidad de Concepción, podrá contactar al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, presidido por la Psicóloga Dra. Sandra Saldivia Bórquez, a través del correo electrónico cebb@udec.cl.

Finalmente, si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en esta investigación, podrá contactar al Comité de Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, presidido por su presidente Felipe León Muñoz al (41) 3270867 o al correo electrónico cec@ssconcepcion.cl

Si acepta participar del estudio **"Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias (NB) y trans no-binarias (TNB) en Chile"**, le pedimos por favor consignar en el Acta de Consentimiento a continuación.

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Declaro que acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio **"Experiencias de atención en salud primaria de personas no binarias (NB) y trans no-binarias (TNB) en Chile"**.

Expreso además que se me entregó la siguiente información y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- a) No existen riesgos para mí en este estudio.
- b) No hay costos ni incentivos económicos para mí por el hecho de participar en las entrevistas acordadas en esta investigación.
- c) Me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin obligación de dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- d) La información que entregaré será confidencial y estará resguardada por la persona investigadora responsable.
- e) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- f) Puedo hacer las preguntas necesarias y recibir información acerca de mi participación en este estudio y del desarrollo de este en todas sus etapas.
- g) Autorizo la grabación de audio de la entrevista, entendiéndolo que será utilizada solo para fines de transcripción y análisis metodológico del pilotaje, y será destruida una vez finalizada esta fase.

Este documento se firma en dos ejemplares, siendo una copia para usted y otra para la persona investigadora responsable.

Fecha: _____ / _____ / _____

Participante

Investigador Responsable
Jaime Méndez Contreras

Director/a del Centro de Atención Primaria de Salud
o su delegado/ Ministro de Fe

Anexo 3: Protocolo de acogida/derivación y Principios éticos que orientan la investigación

Principios Éticos para la Investigación Médica en Seres Humanos
(Asociación Médica Mundial, 1964 – actualización 2013)

Su propósito es promover una investigación científica responsable, centrada en el respeto, la seguridad y el bienestar de las personas participantes.

- Respeto y Dignidad**
Toda persona tiene derecho a ser tratada con respeto, sin discriminación.
- Bienestar Primero**
La salud y seguridad de quienes participan están por encima de los intereses científicos.
- Consentimiento Informado**
La participación es libre, voluntaria y puede interrumpirse en cualquier momento.
- Privacidad**
La información personal es confidencial y se usa solo con fines de investigación autorizados.
- Equidad**
La selección de participantes debe ser justa y los resultados deben beneficiar a la comunidad.
- Transparencia**
Todo estudio debe ser revisado éticamente -tal como este- y sus resultados comunicados con honestidad.

Principios Éticos de la Psicología en Chile
(Código de Ética del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Chile, última actualización 2022)

Su propósito es una investigación psicológica que contribuye al conocimiento sin causar daño y en coherencia con los valores de justicia, respeto y cuidado humano.

- Compromiso con los DD.HH**
La investigación busca promover el respeto, la inclusión y la justicia, especialmente a grupos históricamente vulnerados.
- Responsabilidad profesional**
Quien investiga debe velar por el bienestar de las personas participantes y por el uso ético de los resultados.
- Integridad Científica**
El estudio debe realizarse con honestidad, transparencia y rigor, evitando cualquier potencial daño.
- Consentimiento Informado**
La participación debe ser voluntaria y basada en información clara sobre los objetivos y alcances del estudio.
- Confidencialidad**
Los datos serán resguardados y no se divulgarán sin autorización previa.
- Respeto y Dignidad**
Toda persona tiene derecho a participar libremente, siendo tratada con respeto y sin discriminación.

¿Por qué es importante que conozcas esta información?

Porque **permite resguardar el bienestar y confidencialidad de las personas participantes.**

El siguiente flujograma de derivación, orienta las acciones de cuidado y apoyo **ante cualquier malestar durante la entrevista.**

```

graph TD
    Inicio[Inicio] --> A[Participante expresa malestar o inquietud]
    A --> B[Investigador/a ofrece contención inicial (PAP)]
    B --> C[Evaluación conjunta de necesidad de derivación]
    C --> D1[Atención gratuita (ODND) oficina@diversidad@concepcion.cl]
    C --> D2[Atención a bajo costo Red de salud afirmativa]
    D1 --> E[Seguimiento del caso por investigador/a]
    D2 --> E
    E --> Fin[Fin]
        
```

Conocer tus derechos es fundamental para ser parte de un proyecto de investigación alineado a principios éticos.

Universidad de Concepción
Departamento de Psicología

Principios éticos que orientan la investigación:

EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN EN SALUD PRIMARIA DE PERSONAS NO BINARIAS (NB) Y TRANS NO-BINARIAS (TNB)

en Chile

El propósito de este díptico es garantizar que tu participación sea voluntaria, respetuosa y segura, resguardando tu dignidad, privacidad y bienestar.

Investigación liderada por Ps. Jaime Méndez en el marco del proyecto de investigación, para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad de Concepción.

Anexo 4: Extracto Matriz de Codificación Abierta

Tabla 4:

Ejemplo de Codificación Abierta utilizado en la Investigación

Código abierto	Extracto de entrevista	Fuente
Malgenerización en la atención	“Yo sentía que era muy claro y les comentaba que mi nombre social era X, que yo considero que es un nombre que no deja mucho como a la interpretación de que si es masculino o femenino y claro me seguían diciendo la pacientita entonces era muy incómodo y muy extraño”.	Participante 3
Uso correcto del nombre social	“Y entró al box súper callada y cuando entró, ahí me explicó de que su nombre era otro y le gustaba que le llamaran de XXXXX forma que correspondía a un nombre femenino, después, de eso nosotros generamos un lazo”.	Profesional 2
Negación del	“Hay colegas que les cuesta mucho eso del cambio (del nombre	Profesional 4

Código abierto	Extracto de entrevista	Fuente
nombre social en sistema	social) y sobre todo personas más adultas y prefieren omitirlo”.	
Registro administrativo binario	“Habría otro elemento que cambiar que tiene que ver con el sistema operativo, ya que, una vez me pasó tomando un PAP, y cuando yo tomo uno tiene que rotular un portaobjeto con la primera sigla del nombre, el apellido ... entonces a mí me dio mucha lata y yo le dije, mira, esta el otro nombre, pero solo porque de hecho le dije como que reclamé para que le cambien el nombre, pero hasta eso yo tuve que mandar el examen con el nombre que me salía nomás”.	Profesional 1
Invisibilización institucional	“Yo ya lo asumí y dije, bueno, no importa porque igual uso todos los pronombres, pero me llama la atención que nunca lo haya entendido”.	Participante 2
Validación simbólica de la identidad	“Una cosa tan simple y lo hicieron ver simple y un cambio tan pequeño, me hizo sentir tan afirmado, tan confiado en mí mismo de ese es mi nombre. El otro, no importa...Fue como esto es algo simple...fue un cambio, fueron dos teclas, dos teclas y listo y una cosa tan simple e hiciste una persona feliz”.	Participante 5
Microagresiones en la atención	“Sí, súper estigmatizante porque te visualizan como mujer inmediatamente y luego aparece que también me reconozco como lesbiana, entonces esa parte también apunta a un como a un comentario siempre fuera de lugar como, “¡ah, ¡qué fácil, como oh, ¡qué bueno! como no vas a quedar embarazada” o cosas como así, como ese estilo”.	Participante 4
Trato respetuoso como experiencia positiva	“Me pasa eso sí que hay servicios que funcionan muy bien, por ejemplo, el de matrona nunca hubo ningún problema con eso, me preguntaron mis pronombres me trataron muy respetuosamente siempre”.	Participante 1
Evitación del sistema de salud	“Yo deje de asistir a las sesiones y efectivamente, a todo tipo de actividad social y sobre todo a salud porque pasa esto que diría Michael Foucault esto del poder pastoral, señala que “esta persona que tiene como todo el poder y todo el conocimiento, entonces	Participante 2

Código abierto	Extracto de entrevista	Fuente
	cuando te lo refuta, sientes como que tú estás mal y es incómodo”.	
Estrategias de manejo de identidad	“A veces no digo que soy no binarie para evitar problemas”.	Participante 7
Anticipación al estigma	“Sí, por ejemplo, después de siempre que voy a consultas ginecológicas como que ya voy tenso y con esa predisposición igual pensando cómo, puta, quizás sea mejor ahorrar un poco de plata e ir a un método privado donde sepa que no me van a tratar mal, pero igual significa un sacrificio económico”.	Participante 6
Necesidad de explicar la identidad	Claro, porque la no binariedad se siente quizás es como algo muy nuevo, donde muy poca gente lo entiende y mencionarlo dentro de los grupos que no tienen esta vivencia muchas veces significa tener que explicar, lo cual no es algo negativo de por sí, si es que es con una amistad cercano, algún muy familiar cercano, pero cuando cada interacción se traduce en que te pregunten, "¿Qué es eso? ¿Qué eres?" y tienes que explicarlo, resulta bastante agotador.	Participante 3
Pedagogía hacia profesionales	“ Bueno, en general no digo específicamente que soy una persona no binaria o una no binariedad, por eso es que no he tenido mala experiencias, pero por simpleza prefiero decir que soy una mujer trans porque así evito dar explicaciones”.	Participante 3
Aprendizaje informal de profesionales	“La verdad, lo que pasa es que desde que yo empecé a trabajar... me han interesado como todos los temas, no soy tan profunda en leer porque no leo mucho, la verdad no le voy a mentir. Me quedo con el significado de lo que, si entiendo, y con eso ya sé lo que quiere decir, y esto no es solamente con la temática trans no, me gusta saber acerca de diferentes nacionalidades, etnias, pueblos originarios para respetarnos entre todos”.	Profesional 5
Falta de formación en diversidad	“Es que en general yo siempre creo que se puede más, como en todos los temas, ya que, para el programa de capacitaciones, nos dan 2 o 3 cupos y somos 50 funcionarios. sí lo piensas si solo tuviéramos eso en 10 años, quizás recién todos hubieran tenido la	Profesional 3

Código abierto	Extracto de entrevista	Fuente
	capacitación”.	
Dificultades administrativas	“Yo creo que un factor importante es como el administrativo. Yo creo que en general para todas estas cosas se genera mucha burocracia para hacer cualquier trámite, entonces creo que debería ser más fácil. Para que ellos puedan generar sus cambios y no tener que llevar los documentos tantas veces, así como si fuera algo como más automático o no necesariamente”.	Profesional 2
Uso informal del nombre social	“Y el resto son como cosas puntuales, hasta yo misma de repente se me olvida consultar por el nombre social, por los pronombres preferidos, cuáles son las intervenciones que realmente requiere y no asumir que va a necesitar esto o lo otro como cualquier persona”.	Profesional 1
Ambivalencia profesional	“Yo siento que las direcciones de los establecimientos también tienen otra relación con cómo bajan la información, porque si existe una dirección que no lo tenga como en sus metas del año, nunca va a incluir esta problemática, Al final depende de los cargos que tomen decisiones y que influyen en cómo se educa a su misma población durante su mandato”.	Profesional 4
Conflicto ético profesional	“Cuestionamiento de la identidad viene desde el SOME y este en ningún caso, está obligado moralmente a emitir su opinión frente a cualquier de la cosa y, de hecho, a nosotros, nos meten en varios problemas”.	Profesional 3
Protocolos clínicos binarios	“A veces uno trata de no dañar a la persona, entonces cuesta como referirse y no sabes cómo va reaccionar la persona. Entonces, como te digo, a veces no está en el registro que se identifica como no binario y que le deben tratar de ello y muchos se molestan, entonces existe como ese miedo, yo creo que me parte de los profesionales o a veces en uno mismo”.	Profesional 2
Riesgo percibido en la consulta	“Que me pasa que como no como me tratan bajo el pronombre que más me acomoda a mí, hace que no sienta emociones o sensaciones negativas y eso hace que yo no pueda expresarme mucho mejor”.	Participante 6

Código abierto	Extracto de entrevista	Fuente
Estrategias de autocuidado	“Yo hablando en masculino sobre mí y la médico no captando los pronombres, como que era frustrante y fueron un par de horas bastante difíciles, salí más triste, y, por ejemplo, lo comentaba con mi pareja que me acompañaba, de hecho, ella ya sabía entonces me decía te acompaño y yo le decía no, pero ella me decía que iría sí era un tema para mí”.	Participante 4
Impacto emocional del trato	“Con esta matrona quedé super impotente, frustrado, con rabia, obviamente yo no me se quedar callado, la verdad y no me quedé callado, pero sigue siendo en impotencia, porque igual recibiste el maltrato”.	Participante 1
Experiencia de reconocimiento afirmativo	“Por estas profesionales me sentí visto, como que no soy de esta población que es minoría, o una atención solo centrada en hombres cis o mujeres cis blanca, me sentí bien, considerado y agradecido igual como de los conocimientos que podía tener ella al respecto”.	Participante 5
Experiencia de invalidación institucional	“En el CESFAM no tanto, desde la secretaria a veces igual cuando le toman horas como que no le importa tu nombre social y esas cosas”.	Participante 7
Reflexividad de la persona investigadora	“Como persona no binaria, muchas de estas experiencias también resuenan con mi propia trayectoria en salud”.	Autoetnografía
Tensión ética vivida	“A veces me pregunto cómo actuar dentro de un sistema que no reconoce estas identidades”.	Autoetnografía

Anexo 5: Extracto Matriz Codificación Axial

Tabla 5:

Ejemplo de Codificación Axial utilizado en la Investigación

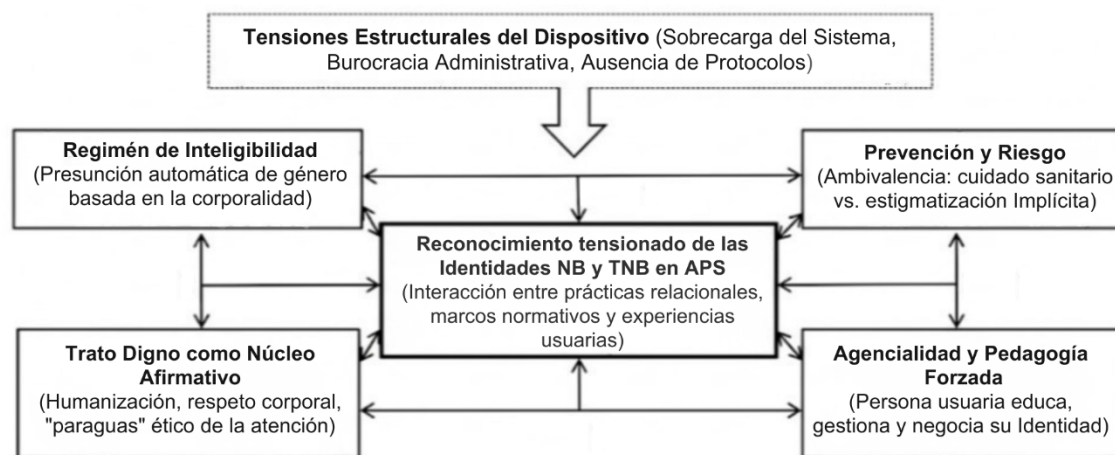
Códigos abiertos	Categoría axial	Ejemplos de extractos
Presunción automática del género por apariencia corporal	Régimen institucional de inteligibilidad de género	“Si me van a ver y van a pensar que soy mujer... ya, piénsenlo... pero si te estoy pidiendo que me llames con un pronombre en especial, hazlo.”

Códigos abiertos	Categoría axial	Ejemplos de extractos
		(Participante 2)
Ausencia de pregunta por pronombres	Régimen institucional de inteligibilidad de género	“Hubiese sido ideal que me hubiese preguntado por mis pronombres.” (Participante 3)
Necesidad de corregir el trato	Régimen institucional de inteligibilidad de género	“Es uno quien tiene que iniciar esa conversación sobre los pronombres.” (Participante 4)
Atención humanizada	Trato digno como núcleo afirmativo	“Cuando entendemos el respeto y la dignidad como el paraguas para todo lo demás se está haciendo una atención afirmativa.” (Participante 6)
Explicación previa del contacto corporal	Trato digno como núcleo afirmativo	“Hubiese sido súper distinto si me ofrecieran un toque distinto, una palabra diferente.” (Participante 2)
Lenguaje corporal respetuoso	Trato digno como núcleo afirmativo	“Se nota en el lenguaje corporal, los tonos, los silencios.” (Participante 5)
Preguntas preventivas percibidas como excesivas	Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención	“Que no se me hagan preguntas que no deberían hacerse... todo directo a la atención.” (Participante 4)
Asociación entre identidad y riesgo sanitario	Prevención, riesgo y ambivalencias en la atención	“No soy una enfermedad con patas.” (Participante 7)
Sobrecarga del sistema de salud	Tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria	“Trabajamos con lo mínimo... nunca logramos suplir toda la necesidad de salud.” (Profesional 2)
Falta de protocolos institucionales visibles	Tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria	“Las políticas están en el papel.” (Profesional 4)
Corrección identitaria por parte de la persona usuaria	Agencialidad y pedagogía forzada	“No debería ser la persona no binaria quien tenga que venir a hablar de eso.” (Participante 4)
Evaluación estratégica de cuándo intervenir	Agencialidad y pedagogía forzada	Relatos donde la persona decide si corregir el pronombre o no según el contexto de la consulta

Anexo 6: Figura de Articulación de Resultados

Figura 1

Articulación de las categorías analíticas emergentes en la experiencia de atención primaria de personas no binarias y trans no binarias.



Nota. El esquema representa cómo las categorías emergentes del análisis (1) régimen institucional de inteligibilidad de género, (2) trato digno como núcleo afirmativo, (3) prevención y riesgo, (4) agencialidad y pedagogía forzada y (5) tensiones estructurales del dispositivo de atención primaria, se articulan en torno al fenómeno de reconocimiento tensionado de las identidades no binarias y trans no binarias en la atención primaria de salud.

Anexo 7: Cartas de Apoyo Institucional para Derivación a Personas Usuaris

Adjunto como archivos individuales dentro de la documentación.

Anexo 8: Cartas de Apoyo ONGs locales para Difusión del Estudio

Adjunto como archivos individuales dentro de la documentación.

Anexo 9: Cartas de Compromiso Colaboración Difusión por Referentes de Diversidad

Adjunto como archivos individuales dentro de la documentación.

Anexo 10: Diagrama de Gantt: Planificación de Actividades Proyecto de Tesis

		Primer Año Magíster Marzo 2024- Enero 2025										
Fase	Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Inicio del Magíster y Definición del Tema	Selección del tema de investigación y planteamiento de objetivos generales y específicos.	■	■									
Revisión inicial de la literatura	Identificar antecedentes y vacíos de conocimiento		■									
Desarrollo del Marco Teórico	Construir un marco robusto que sustente la investigación			■	■	■						
Diseño Metodológico	Definir la metodología de la investigación y ajustes del diseño			■	■	■	■					
Refinamiento Teórico	Consolidar el marco teórico						■	■	■	■		
Integración y Redacción de la Pre-Tesis	Elaboración del primer borrador pre-tesis									■	■	■
Correcciones Pre-tesis	Correcciones por parte del comité de evaluación y docente guía											■

		Segundo Año Magister Marzo 2025-Marzo 2026												
Fase	Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Presentación del Proyecto a Comisión Evaluadora	Preparación y Presentación del proyecto a Comisión Evaluadora del Magister													
Aprobación Ética UDEC	Tramitación y Aprobación del comité de Ética Psicología UdeC y Bioética VRID													
Aprobación Ética SS Concepción	Tramitación y Aprobación del comité de Ética SS Concepción													
Trabajo de Campo	Inicio, desarrollo y finalización de la recolección de datos													
Análisis de datos	Transcripción, organización y análisis profundo de los datos cualitativos													
Redacción y finalización	Redacción de resultados, discusión y conclusión del trabajo													
Revisión final	Edición y envío del borrador final													
Correcciones finales	Incorporación de correcciones y ajustes finales													
Presentación final	Defensa de la tesis													